

Universidade de Lisboa
Faculdade de Psicologia



**Criatividade em Psicoterapia Infantil: Desenvolvimento do
Pensamento Criativo na Resolução de Problemas do Foro
Emocional.**

Inês Bárbara dos Santos Mendes Simões

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa

2012

Universidade de Lisboa
Faculdade de Psicologia



**Criatividade em Psicoterapia Infantil: Desenvolvimento do
Pensamento Criativo na Resolução de Problemas do Foro
Emocional.**

Inês Bárbara dos Santos Mendes Simões

Dissertação orientada pela Professora Doutora Sara Bahia

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa

2012

Agradecimentos

Um agradecimento especial à minha orientadora, Professora Doutora Sara Bahia, pela disponibilidade e acompanhamento que foram sempre imediatos e pelo incentivo que me proporcionou ao longo destes meses de trabalho.

À Professora Doutora Isabel de Sá, que como minha orientadora no Estágio Curricular me aconselhou e guiou em ambos os casos que apresento nesta dissertação e à Professora Doutora Teresa Fagulha, que embora não tenha sido minha orientadora, teve disponibilidade imediata para me ajudar a resolver algumas das dúvidas que tive, nomeadamente na interpretação de alguns resultados.

À Dr.^a. Jacinta Alho que me transmitiu muitos dos seus conhecimentos e me ajudou nesta primeira fase de prática, disponibilizando o seu tempo e material.

Aos meus pais por toda a compreensão do meu mau humor e *stress* quando o trabalho não corria conforme o esperado e por todo o suporte emocional que me deram, não só nesta fase, mas sempre.

Aos meus avós pela preocupação demonstrada, pelo carinho e pelos bons momentos. Em especial à Avó Maria que usou muito do seu tempo a rezar por mim.

Um especial obrigado também à minha Tia Bárbara que estando no mesmo ramo profissional sempre me forneceu a ajuda que precisei e ao resto da família, tio e prima, por fazerem parte da minha vida e pelos momentos agradáveis que sempre me proporcionaram e que se refletem hoje na pessoa que sou e na terapeuta que pretendo ser.

Aos meus colegas de faculdade e grandes amigos, Ana Margarida Noronha, Ana Rafaela Mesquita, Cláudio Castanheira, Maria João Banazol, Pedro Junot, Rafaela Cruz e Tânia Marques, que ao longo destes 5 anos me proporcionaram momentos inesquecíveis, dentro e fora da faculdade e que, como sempre, me deram o máximo apoio e ajuda nesta última fase do Mestrado.

Aos meus amigos de sempre Joana Sousa e Nuno Henriques, que fizeram de tudo para que não me preocupasse com esta investigação e asseguraram a minha distração e diversão enquanto trabalhava.

Aos restantes amigos e companheiros de faculdade, cujo nome não referi, mas que sempre me incentivaram a não desistir e a trabalhar nesta investigação.

Resumo

Cada vez mais, existe a necessidade de nos adaptarmos às mudanças que surgem nos vários contextos que nos rodeiam. Os desafios aumentam e são constantes, por isso nada parece mais importante do que preparar desde cedo, as crianças para a versatilidade de pensamento que lhes vai ser exigida. Em contexto psicoterapêutico, muitas delas já apresentam fragilidades no modo como lidam com os problemas. Para combater esse desajustamento e promover a boa adaptação das crianças e adolescentes a qualquer situação é primordial desenvolver nelas, um pensamento inovador, que vá para além do que já existe e que seja flexível a qualquer contexto e situação. Nesta sequência afigura-se a importância de utilizar e promover a criatividade na psicoterapia infantil. Ao longo desta dissertação analisam-se dois casos clínicos de pacientes com perturbações de ansiedade cujos resultados apontam para uma influência positiva da estimulação criativa na redução dos níveis de ansiedade, no aumento da sensação de autoeficácia, no aumento da capacidade de resolução de problemas e no modo como as crianças elaboram as suas emoções face a diferentes situações. Contudo, com outras variáveis o desenvolvimento da criatividade não se mostrou tão influente. Não se conseguiu verificar nenhuma relação entre os níveis de medo apresentados e o aumento da capacidade de resolução de problemas através da estimulação da criatividade. Através de uma revisão da literatura acerca da criatividade e resolução de problemas, desenvolveram-se duas abordagens distintas que em certa medida, demonstram a importância de abranger o uso e estimulação da criatividade na psicoterapia infantil.

Palavras-Chave: Estudo de caso, Psicoterapia infantil, Criatividade, Modelo de Resolução Criativa de Problemas (CPS) e Ansiedade

Abstract

Nowadays, there is an increase need to adapt to the changes that arise from the different contexts that surround us. We are constantly faced with bigger challenges, reason why nothing seems more important than preparing our children from an early age to have a versatility of mind. In a psychotherapeutic context, many of them present limitations in dealing with problems. In order to oppose that maladjustment, it is vital to develop creative thinking that goes beyond what they know. Furthermore, it must be flexible enough to allow them to adjust to any context or situation. Taking these facts into account, it is important to practice and promote the use of creativity in child psychotherapy. This study analyses two clinical cases regarding patients with anxiety disorders. The results show that the stimulation of creativity can not only decrease anxiety levels, but also increase the feeling of self-efficacy, the ability to problem solving and changes the way children elaborate their emotions regarding different situations. However, contrary to what was expected, the effect of creativity is not as influent with other variables. The results do not support a relationship between the stimulation of creativity and the levels of fear or the ability to problem solving. Based on the literature about creativity and resolution of problems (troubleshooting/ ability to problem solving) available, we developed two approaches that demonstrate how important the stimulation of creativity is in child psychotherapy.

KeyWords: Study case, Child psychotherapy, Creativity, Creative problem solving model (CPS) and Anxiety.

Índice Geral

	Página
Resumo	iv
<i>Abstract</i>	v
1. Introdução	1
2. Revisão de literatura	3
2.1. O papel da Criatividade na vida quotidiana	3
2.2. Resolução de problemas e a Criatividade	6
2.3. Criatividade Emocional e suas influências	7
2.4. Estratégias de Resolução Criativa de Problemas	9
2.5. Criatividade e Desenvolvimento	13
2.6. Resolução de Problemas e Criatividade nas Perturbações de Ansiedade	18
3. Metodologia	20
3.1. Análise dos dados	20
3.2. Contexto dos Casos	21
3.3. Modelo de Intervenção utilizado em ambos os casos	21
3.4. Apresentação do caso: Paciente 1	22
3.4.1. Processo de Pré – Avaliação	23
3.4.2. Processo de Intervenção	25
3.4.3. Processo de Pós – Avaliação	28
3.5. Apresentação do caso: Paciente 2	29
3.5.1. Processo de Pré – Avaliação	30
	vi

3.5.2. Processo de Intervenção	31
3.5.3. Processo de Pós – Avaliação	34
4. Resultados	35
4.1. Resultados da avaliação e intervenção realizada no caso da paciente 1	35
4.2. Resultados da avaliação e intervenção realizada no caso da paciente 2	42
5. Conclusão e Discussão	50
Referências	59

Índice dos Quadros

	Página
Quadro 1. <i>Resultados obtidos pela paciente 1 na Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças ao longo do processo global de avaliação (pré e pós).</i>	40
Quadro 2. <i>Resultados obtidos pela paciente 1 no Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens – SEQ-C no processo global de avaliação (pré e pós).</i>	41
Quadro 3. <i>Resultados obtidos pela paciente 2 no Inventários dos Medos para Crianças – FSSC-R ao longo do processo global de avaliação (pré e pós).</i>	47
Quadro 4. <i>Resultados obtidos pela paciente 2 na prova “Era uma vez” ao longo do processo global de avaliação (pré e pós).</i>	49

Índice das Figuras

	Página
Figura 1. <i>Formulação do caso da Bárbara.</i>	25
Figura 2. <i>Formulação do caso da Rafaela.</i>	31

Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Anexo B – Detalhes da Pré-Avaliação da paciente 1: Bárbara

Anexo C – Conceptualização do caso da paciente 1

Anexo D – Procedimento: Descrição das atividades da paciente 1

Anexo E – Detalhes da Pós-Avaliação da paciente 1

Anexo F – Questionários utilizados na avaliação: Paciente 1

Anexo G – Detalhes da Pré-Avaliação da paciente 2: Rafaela

Anexo H – Conceptualização do caso da paciente 2

Anexo I – Procedimento: Descrição das atividades da paciente 2

Anexo J – Detalhes da Pós-Avaliação da paciente 2

Anexo K – Questionários utilizados na avaliação: Paciente 2

Anexo L – Detalhes dos resultados obtidos na Pré-Avaliação: Pacientes 1 e 2

Anexo M – Detalhes da aplicação da Bateria de *Torrance* e da *WISC-III*: Pacientes 1 e 2

Anexo N – Detalhes dos resultados obtidos na Pós-Avaliação: Pacientes 1 e 2

Anexo O – Esquema de atividades dos vários níveis trabalhados: Pacientes 1 e 2

“Imagination is more important than knowledge. For knowledge is limited to all we now know and understand, while imagination embraces the entire world, and all there ever will be to know and understand.”

Albert Einstein

1. Introdução

Atualmente surge cada vez mais a necessidade de fazermos a diferença, renovarmos e inovarmos de modo a trazermos algo novo para a sociedade. Só deste modo conseguimos concretizar os nossos objetivos tornando-se primordial sermos originais e flexíveis, quer na escola, no trabalho e até mesmo em casa. Apesar de há cerca de 60 anos atrás os investigadores não considerarem a criatividade um construto relevante (Guilford, 1950; Sternberg & Lubart, 1996), com o avançar dos tempos a sua importância foi aumentando nas mais diversas áreas (*e.g.* negócios, ciência, ensino, arte, etc.) (Sternberg & Lubart, 1996). Esta alteração da perspetiva da sociedade pode dever-se à extinção da ideia de que a criatividade estava associada a um “poder super natural” que só os génios possuíam (Weisberg, 2010) ou ao facto de ser um construto difícil de medir (Sternberg & Lubart, 1996). Hoje em dia já se consegue compreender o que é a criatividade. Para além do talento e capacidade abstrata de todos os grandes artistas, génios e criadores conhecidos (“BIG-C”), há a identificação da criatividade diária (“little-c”) representada por uma simples atividade que qualquer pessoa consegue alcançar (Kaufman & Beghetto, 2009). Embora não haja um consenso entre as diferentes correntes teóricas acerca da definição da criatividade, podemos dizer que a criatividade está relacionada com a inovação e com a habilidade de produzir algo novo, original, inesperado, útil e adaptado às restrições da tarefa (*e.g.* Cramond, 2008), bem como considerá-la um construto autónomo dentro das ciências cognitivas (Isaksen, 1995). Portanto, é evidente que também na área da psicoterapia infantil a criatividade pode ter grandes implicações (Russ, 1998).

Cada vez mais surge a necessidade de aumentar o reconhecimento no campo da psicoterapia infantil, não só relativamente aos processos que fazem parte das ciências cognitivas, mas também dos processos afetivos e de personalidade que contribuem fortemente para um desenvolvimento normal da criança (Russ, 1998). Trabalhar para ajudar nesse reconhecimento ao mesmo tempo que se demonstra a importância da criatividade no contexto terapêutico é um dos grandes objetivos desta dissertação. Muitos dos processos referidos ocorrem durante as brincadeiras que se realizam em casa ou na escola, mas também nas realizadas dentro da sessão de psicoterapia (Russ, 1998). Assim, investigar a relação entre o ato de brincar, a criatividade e as estratégias de coping parece ser um bom caminho para se adquirir conhecimentos base importantes na área psicológica. Esta ligação entre processos distintos é favorecida pela introdução das seis fontes da criatividade: inteligência, conhecimento, estilos de pensamento, personalidade, motivação e ambiente (Candeias, 2008; Sternberg & Lubart, 1992; Sternberg & O’hara, 2008; Sternberg, O’hara, & Lubart, 1997), que em conjunto traduzem no resultado a identidade e contexto do sujeito, a quem foi aplicado o modelo.

Fica assim demonstrado que a criatividade é um construto amplo que pode ter inúmeras aplicações. De modo a especificar e restringir um pouco mais este tema, esta dissertação centra-se no estudo da *Criatividade Emocional*. Apesar de existir uma interligação entre as funções cognitivas e afetivas (Slade & Wolf, citado por Russ, 1998), as medições realizadas às brincadeiras das crianças focam mais os processos cognitivos e não os afetivos (Rubin, Fein, & Vandenberg, 1983). Esta lacuna na investigação pode tornar o trabalho com os processos afetivos e emocionais bastante inovador e útil no processo terapêutico com crianças/adolescentes, nomeadamente as que apresentam dificuldades ou problemas relacionados com esses processos (*e.g.* ansiedade, medos etc.). Segundo Slade e Wolf (cit. por Russ, 1998), tal como o desenvolvimento das estruturas cognitivas pode ter um papel importante na resolução de conflitos emocionais, também a consolidação emocional pode constituir uma alavanca para avanços e integração cognitiva. O trabalho conjunto entre estes processos pode ser benéfico para a resolução criativa de problemas (CPS), pois aceder às emoções pode alterar o desenvolvimento de estruturas cognitivas e vice-versa (Russ, 1998).

Deste modo, utilizar estratégias e modelos teóricos sobre a criatividade (CPS) para promover a mudança emocional em crianças/adolescentes sinalizadas com alterações emocionais, será o objetivo central desta dissertação. Associado a esse objetivo maior, está também a necessidade de demonstrar os benefícios/vantagens que podem ser adquiridos pelo paciente através da utilização e desenvolvimento da criatividade nas sessões de Psicologia Clínica e analisar/reconhecer o número de ideias e a flexibilidade das mesmas à medida que se aplica o modelo CPS e se estimula o funcionamento criativo de ambos os intervenientes (terapeuta e paciente). Surge assim, a necessidade de responder a uma questão que posteriormente será testada: *Em que medida a utilização do modelo CPS em contexto terapêutico modifica algumas manifestações do comportamento, atitudes e crenças das crianças sinalizadas com alterações emocionais?* Para dar resposta a esta questão foi desenvolvida uma metodologia que envolve o trabalho terapêutico com 2 casos de crianças/adolescentes, com idades compreendidas entre os 7 e os 13 anos que apresentavam quadros clínicos com alterações emocionais. A natureza desta investigação assenta assim, na realização de estudos de caso, fornecendo uma visão representativa do que se passa quando uma abordagem específica (CPS) é aplicada num paciente específico (McLeod & Cooper, 2011). Tal como referem McLeod e Cooper (2011), a apresentação de cada um dos casos pretende transmitir uma visão compreensiva da história de cada paciente e incluir informação sobre todos os aspetos da terapia que sejam importantes para a interpretação do caso. Vários autores também têm escolhido uma abordagem mais ideográfica para as suas investigações, de modo a compreender o dinamismo

do processo criativo na pessoa e na sua interação com o contexto (para uma revisão ver Candeias, 2008).

O desenrolar da investigação ficará marcado pela aplicação de um modelo de ação único para ambos os casos (*Modelo de Resolução Criativa de Problemas – CPS*) durante a intervenção. Posteriormente, irá proceder-se ao método de estimação teste-reteste que vai permitir comparar os resultados de uma pré e pós avaliação, determinando se a aplicação do CPS promoveu ou não, alterações emocionais na conduta das pacientes. Durante essas avaliações, os instrumentos aos quais será dada maior relevância são a *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças* (adaptação de Fonseca, 1992), o *Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens – SEQ-C* (Nogueira, 2008), o *Inventário de Medos para Crianças – FSSC-R* (versão Portuguesa de Sá, 1999) e a prova “Era uma vez” (Fagulha, 2002). A escolha destes instrumentos recai nas variáveis que foram escolhidas para serem analisadas em cada um dos casos, ansiedade e autoeficácia (paciente 1), medos e elaboração de emoções perante diferentes situações potenciadores de ansiedade (paciente 2).

Por fim, serão analisados os resultados e elaborada uma discussão e conclusão, onde se irá proceder à aferição das hipóteses colocadas e se verificará se os objetivos foram alcançados ou não.

2. Revisão de Literatura

2.1 O papel da Criatividade na vida quotidiana

A criatividade é um dos construtos psicológicos mais amplos e complexos que existe, transformando-se consequentemente num dos menos objetivos, devido à flexibilidade da sua funcionalidade. Esta realidade explica o facto de ainda persistir alguma dificuldade em delimitá-lo e operacionalizá-lo (*e.g.* Candeias, 2008). Ao ser um conceito algo vasto e diverso não existe um modelo teórico universal para a sua aplicação. Porém, a importância da criatividade no mundo está cada vez mais valorizada e para além de qualquer outro aspeto é dela que dependem as sociedades, pois só assim há progresso.

A inovação, originalidade, adaptação, novidade e utilidade são algumas das palavras usadas por vários autores (*e.g.* Beghetto & Kaufman, 2007; Cramond, 2008; Sternberg & Lubart, 1996) para descrever um processo criativo. Na realidade a criatividade só pode ser classificada deste modo devido à elaboração e comunicação de novas relações conceptuais que surgem para tornar mais fácil o aparecimento de múltiplas possibilidades, experiências e perspetivas inovadoras e invulgares que são capazes de orientar a descoberta e seleção de alternativas (Isaksen & Treffinger, 1985). O

aparecimento de um novo espaço conceptual ou sistema simbólico que expressa a criatividade não se verifica apenas na expressão artística ou na aprendizagem feita numa sala de aula, que até há pouco tempo seriam os campos onde a função da criatividade era mais valorizada. Segundo Guilford (1950), as expressões da capacidade criativa podem ser encontradas em todas as esferas da atividade humana. Deste modo, é fácil perceber que tanto a ciência experimental, como a política, investigação histórica, trabalho empresarial ou a resolução de problemas matemáticos (e não só) têm um papel fundamental no desenvolvimento da criatividade (Fryer, 2008). A essência deste construto acaba por recair nesta flexibilidade de podermos criar, recriar, adaptar, mudar tudo o que estiver à nossa disposição independentemente da área. O intuito destas alterações é formar algo nunca antes visto e com isso mudar mentalidades e revolucionar a nossa sociedade, através da descoberta de novos factos científicos, novas obras de arte, novas invenções ou novos programas sociais e também revolucionar-nos a nós próprios através da resolução de problemas na nossa vida diária (Sternberg & Lubart, 1996).

A criatividade é, deste modo, um construto multidimensional (Cramond, 2008) onde existe uma confluência de recursos que se inter-relacionam e que são determinantes para que a criatividade ocorra (Candeias, 2008). Esses recursos estão relacionados com o próprio indivíduo, com as suas habilidades cognitivas, os genes, a personalidade, os estilos de pensamento, o conhecimento e a motivação intrínseca, bem como com contexto exterior, cultura, estímulos e motivação extrínseca (Amabile, 2001; Candeias, 2008; Sternberg & Lubart, 1992; Sternberg, O'hara & Lubart, 1997). Todas estas variáveis devem combinar-se de maneira correta para que o pensamento criativo surja, como tal, há autores (Cramond, 2008) que defendem ser esta a razão, pela qual é tão raro alcançar grandes realizações criativas. Porém, se todos somos dotados de capacidades que podem desencadear a criatividade, o que devemos fazer é ajustar a noção de criatividade à nossa realidade para conseguirmos ver todas as realizações criativas e inovadoras que as pessoas fazem diariamente, não com o intuito de ganhar prémios ou fazer exposições, mas apenas para resolverem os seus problemas. Este é o conceito de criatividade quotidiana – *little and Big C* (Beghetto & Kaufman, 2007; Kaufman & Beghetto, 2009), divide-se em criatividade célebre (*Big C*), que inclui os génios criativos que contribuíram com o seu trabalho para a sociedade e o qual vai durar para sempre (*e.g.* artista, cientistas, escritores, etc.) e em criatividade do dia-a-dia (*little c*), realizada por pessoas comuns, que não se distinguem das outras pelas suas excentricidades ou capacidades acima da média (Kaufman & Beghetto, 2009). Para além disso, existe o modelo do quadro C's (ver Kaufman & Beghetto, 2009), que além de adoptar o conceito de criatividade quotidiana com estas duas vertentes criativas (*little* e *Big C*), vai mais longe e propõe quatro trajectórias (*Big C*, *little c*, *pro-c* e

mini-c) que representam o desenvolvimento que a criatividade pode ter na vida de uma pessoa. Torna-se deste modo essencial chamar à atenção da sociedade para estes conceitos, uma vez que ninguém se dá conta do quão criativo se pode ser, do quão criativo é conseguir chegar ao fim do mês com as contas todas pagas apenas com um salário mínimo e/ou o quão criativo é conseguir colocar numa mesa de cinco pessoas, oito lugares para jantar. É por isso que se diz que ser criativo é raro, a noção de criatividade ainda não está generalizada à realidade comum, onde este construto em vez de ser canalizado para desenvolver a arte ou a ciência é canalizado para promover a adaptação e flexibilidade de comportamentos que permitem resolver os problemas e seguir em frente (Candeias, 2008; Miranda & Almeida, 2008; Romo, 2008). Este tipo de criatividade é mais comum do que se possa pensar, Steve Jobs (2012) um grande inventor e magnata americano via a criatividade como uma simples conexão de coisas, referindo que os indivíduos com maiores níveis de criatividade não sabem explicar que tipo de processos ocorrem para que consigam construir ou realizar algo de modo criativo, há simplesmente uma capacidade para conectar experiências pelas quais passaram e estes conseguem sintetizá-las em coisas novas. Esta facilidade de sintetização e conexão de informação deve-se ao facto de terem tido mais experiências ou pensaram mais sobre elas do que os outros indivíduos (Steve Jobs, 2012). Desta forma, talvez fosse possível estimular a criatividade tornando-a num processo automático, se adoptassemos uma abordagem mais consciente das experiências vivenciadas, nas quais cada indivíduo pudesse dar-lhes mais atenção, analisar as suas consequências, motivos ou alternativas de resolução, transformando cada experiência num processo de aprendizagem.

Tem-se vindo a verificar que o desenvolvimento da criatividade não está apenas relacionado com a evolução material. Alguns estudos têm sido realizados no sentido de investigar a ligação existente entre a criatividade e a saúde física e mental (*e.g.* Runco & Richards, citado por Cramond, 2008), chegando à conclusão de que o desenvolvimento de criatividade na população é importante para o bem-estar de todos. Esta evidência é crucial para um ponto de partida, onde a criatividade pode finalmente ser reconhecida enquanto construto de grande valor na prática Psicoterapêutica. Apesar de todos os tipos de intervenção psicológica exigirem grande versatilidade, a pouca investigação que há sobre o construto da criatividade mostra que continua a ser um tópico marginalizado na psicologia (Sternberg & Lubart, 1996). Por isso mesmo, este é um dos motivos pelo qual se deve investir na investigação deste tema e avaliar os seus efeitos nos comportamentos das crianças. O outro motivo está relacionado com a importância e reconhecimento das potencialidades da criatividade que existem quando se promove esta capacidade nas pessoas, pois é através dela que conseguimos ultrapassar os desafios que vão surgindo com novas e apropriadas

soluções. Felizmente, segundo Sternberg e Lubart (1996) a importância da criatividade nas nossas vidas tem tendência a aumentar, favorecendo diversas áreas, nomeadamente na forma como resolvemos os nossos problemas.

2.2 Resolução de problemas e a Criatividade

A resolução de problemas pode ser definida como um processo cognitivo-comportamental auto-direccionado através do qual uma pessoa tenta descobrir soluções eficazes ou adaptativas para um determinado problema da vida quotidiana (D’Zurilla & Nezu, 2007). Neste sentido, torna-se óbvia a ação da criatividade (mais propriamente o conceito de *little c*) no desenrolar desta capacidade cognitiva, pois uma das múltiplas vantagens da criatividade é agir nos mais diversos contextos do dia-a-dia, na escola (Bahia & Trindade, 2012; Wen, 2011), no trabalho (Puccio, Firestien, Coyle, & Masucci, 2006; Wang & Horng, 2002), em casa (Cropley, 2006; Kaufman & Beghetto, 2009;) ou no contexto social (Cropley, 2006). Assumindo ainda, um papel fundamental para o indivíduo e para a sociedade (Sternberg & Lubart, 1996), ajudando a resolver os problemas pessoais e conduzindo a novas descobertas científicas ou criações artísticas. Aliás numa das várias descrições que Nickerson (2008) faz às diferentes definições da criatividade, vem a de Gardner que refere que “a melhor descrição da criatividade é considerá-la como uma regular capacidade humana de resolução de problemas ou de introdução de produtos num domínio, de modo a que inicialmente sejam novidade, mas no final sejam aceites pela cultura” (Gardner, 1989, p.14). Assim sendo, segundo Nickerson (2008), existem vários investigadores que defendem a relação próxima que existe entre estes dois construtos da cognição humana (criatividade e resolução de problemas), o que faz com que a criatividade também seja reconhecida como uma capacidade de resolução de problemas colocados por uma fonte externa (Sternberg & Lubart, 1996). Esta relação remete para o processo cognitivo responsável pela receção e identificação dos problemas, formação de múltiplas alternativas para cada um deles e escolha da melhor hipótese de resolução, avaliando os possíveis resultados (Candeias, 2008). Com este tipo de procedimento, a relação de funcionalidade entre estes construtos, conduz-nos para a aplicação do modelo de Resolução Criativa de Problemas (Isaksen & Treffinger, 2004) que funciona precisamente tendo por base os seguintes componentes: compreensão do problema, criação de ideias, planeamento da ação e avaliação da tarefa (Buijs, Smulders, & van der Meer, 2009; Isaksen & Treffinger, 2004) e vai de encontro ao modo de atuação de outros estilos de resolução de problemas, como a Resolução Racional de Problemas (D’Zurilla & Nezu, 2007).

Sendo a capacidade de resolução de problemas um processo de aprendizagem, uma estratégia de coping e um método de autocontrolo, torna-se fundamental estimular o seu desenvolvimento,

uma vez que este possui grandes implicações na manutenção e generalização dos efeitos adquiridos através das intervenções realizadas em terapia (D’Zurilla & Goldfried, 1971). A sua capacidade em aumentar a probabilidade da existência de resultados adaptativos perante situações problemáticas traduz a sua versatilidade (D’Zurilla & Nezu, 2007). Contudo, a incidência desta capacidade nos resultados provenientes da resolução de problemas não depende apenas do tipo de processamento que pode ser efetuado, depende também do sujeito que está a resolver o problema e da utilização que este faz das regras de ação para passar do problema original ao objetivo estipulado (Hunt, 1994). Newell e Simon (citado por Hunt, 1994), chegaram mesmo à conclusão de que o mundo externo (problema) é representado intrinsecamente por quem o vai resolver através de expressões simbólicas, o que mostra que o processamento da resolução, envolve a manipulação de representações internas e não externas. O que acontece são pequenas revoluções que actuam nas regras do sistema simbólico vigente, alterando-as por outras e construindo deste modo um novo sistema simbólico (Romo, 2008). Desta maneira, os diferentes tipos de problemas que existem possuem diferentes métodos de resolução dependendo da manipulação das representações internas que quem resolve o problema consegue fazer (Hunt, 1994). Neste sentido, a manipulação não convencional destas representações intrínsecas do paciente, permite eliminar o bloqueio mental que impede a resolução (Romo, 2008).

2.3 Criatividade Emocional e suas influências

Os componentes cognitivos e afetivos estão em certa medida, associados ao pensamento criativo. Acedermos a qualquer um deles facilita a fluidez e flexibilidade do nosso pensamento (Russ, 2000). O componente cognitivo é sem dúvida, mais valorizado na maioria das investigações sobre a criatividade e conta já, com importantes evidências nessa área: a descoberta de que a inteligência e o pensamento divergente influenciam a performance dos indivíduos em tarefas de resolução criativa de problemas (Vicent, Decker, & Mumford, 2002) ou que indivíduos com altos níveis de inteligência têm mais probabilidade para ser criativos, contudo, verifica-se que altos níveis intelectuais não são necessários, nem suficientes para que surja a criatividade (Nickerson, 2008). No entanto, existem também autores que reconhecem o campo afectivo e emocional como um processo primário importante e até mesmo major para a criatividade (Russ, 2000). Sendo assim, nas crianças e adolescentes torna-se primordial ter em conta que a parte emocional é facilitadora do pensamento divergente (Russ, 2000; Russ & Grossman-Mckee, 1990; Russ & Schafer, 2006) e da capacidade para resolver conjuntos de problemas (Russ, 1982). Ao longo das múltiplas atividades que podem ser desenvolvidas para aplicar a criatividade aos desafios que diariamente nos são colocados, vão surgindo emoções positivas ou negativas. Como tal, depende do terapeuta, do tipo de abordagem

escolhido e da eficácia na implementação da mesma, determinar se os resultados de resolução são positivos ou negativos e se há produção de emoções positivas ou negativas (D’Zurilla & Nezu, 2007). Durante o processo de resolução de problemas, os efeitos emocionais que surgem podem facilitar ou inibir o desempenho do paciente e podem influenciar a sua motivação, a percepção do problema, a avaliação das alternativas e a eficácia com que este é resolvido (D’Zurilla & Nezu, 2007). Assim, sabemos que todos os nossos medos, alegrias, arrependimentos, esperanças, incertezas e todo o conjunto de outras emoções que vivenciamos vão fazer de nós quem somos (Sundararajan & Averill, 2007), evidenciando quais as nossas necessidades e que tipo de ação elas têm no contexto intrapsíquico e interpessoal (Conceição & Vasco, 2005). Sundararajan e Averill (2007) referem mesmo que a mudança emocional pressupõe uma mudança do *self*. No fundo, é a representação interna criada acerca de uma situação externa que determina o tipo de procedimento que o paciente vai ter. O sistema de necessidades de um sujeito ao responder criativamente ao exterior desenvolve-se de forma única e reflete as suas potencialidades e limitações, agindo sobre o exterior com base na experiência intrínseca que é criada pelo material biológico do indivíduo e pelas influências que foi sofrendo por interação com o meio (Conceição & Vasco, 2005).

A associação entre a criatividade, resolução de problemas e o campo emocional é portanto algo real com influências entre cada um destes componentes. Já foram mostradas evidências de que a manipulação do nosso estado interno pode ajudar na desinibição mental (Romo, 2008), como é o caso do uso das emoções. As crianças que experimentam maiores níveis de emoção numa determinada situação fornecem respostas mais originais (Russ & Kaugars, 2000) e por isso, tem maior probabilidade de aplicar o seu conhecimento de forma inesperada e surpreendente. Um bom exemplo do poder das emoções na resolução de problemas é a conclusão a que chegaram Zenasni e Lubart (2008), que perceberam que um estado emocional negativo pode facilitar a produção de ideias positivas ou neutras, porque os indivíduos tendem a reparar o seu estado de humor negativo evitando esse tipo de pensamentos e criando ideias prazerosas ou neutras. Este mecanismo de defesa funciona como solução a um problema que provoca um humor negativo, mas outros desfechos poderia ter esta situação. A nossa percepção aliada à emoção por ela provocada, influenciam as nossas representações internas que vão atuar conforme a imagem que foi gerada através dos processos primários e é isso que dita o tipo de resposta (as) criada (as) para resolver o problema. Neste sentido, é primordial ter em conta que quando se trabalha em contexto psicoterapêutico, a relação terapêutica também pode ser determinante para o tipo de expressão emocional das experiências vividas. O desenvolvimento de expressões emocionais adaptativas são acompanhadas por uma experiência de segurança e de controlo do *self*, que mais tarde permitem a expressão de

afeto em vez do surgimento de consequências negativas para o paciente, como aconteceria se a expressão das emoções fosse não adaptativa (Conceição & Vasco, 2005).

A formação de um ambiente terapêutico seguro e eficaz que favoreça o processo de resolução de problemas depende por isso, do tipo de excitação emocional criada a partir do problema que surge, da orientação desse problema, do estilo de resolução de problemas que o indivíduo vai adotar (D’Zurilla & Nezu, 2007) e das competências do paciente (Nogueira, 2008). Sendo a autoeficácia um dos elementos que mostra ter um papel importante na avaliação da situação e na escolha adequada da resposta dada (Fonseca, 2011), há que tentar promover um ambiente com emoções positivas. Segundo D’Zurilla e Nezu (2007), estas emoções quando vividas com intensidade facilitam a performance, principalmente das crianças e adolescentes, no tipo de atividade que estão a desempenhar. Já as emoções negativas, ao contrário do que diz D’Zurilla e Nezu (2007), podem não inibir a performance numa atividade (Zenasni & Lubart, 2008), mas seguramente não vão contribuir positivamente para um aumento da confiança do paciente na realização da tarefa associada a esse tipo de emoção.

Se necessitamos de construir um ambiente seguro é preciso ter competências e acreditar nessas competências (Nogueira, 2008). Este é um passo fundamental para a realização favorável de qualquer tarefa. Ao criarmos expectativas de eficácia pessoal estamos, segundo Bandura (1986), a fazer juízos das nossas capacidades para que possamos alcançar determinados níveis de desempenho. Estar bem emocionalmente e possuir um pouco de otimismo reflete-se na forma como se encaram as situações, criando-se um sentimento de eficácia pessoal que transmite segurança e permite arriscar (Nogueira, 2008). Ao desenvolvermos crenças de autoeficácia estamos a influenciar a nossa capacidade de auto-realização, na qual o que se pensa que se pode fazer condiciona o que se investe na atividade (Nogueira, 2008). Por tudo isto, Nogueira (2008) afirma que fortalecer a autoeficácia é um dos requisitos para promover a criatividade. Num ambiente emocionalmente mais seguro, o indivíduo predispõe-se a maior exploração e arrisca mais, facto que promove uma maior exposição do sujeito aos erros e ao surgimento de novos problemas. Encarar ajustadamente essas situações e arriscar novamente, representa o modelo de atuação da resolução criativa de problemas. No entanto só se arrisca se houver confiança na possibilidade de ter êxito e é neste aspeto que a potenciação da perceção da autoeficácia se torna um factor central na estimulação da criatividade (Nogueira, 2008) e da resolução de problemas.

2.4 Estratégias de Resolução Criativa de Problemas

O que o pensamento criativo requer é o uso de múltiplas estruturas do conhecimento (esquemático, associativo e baseado em experiências anteriores), que permitam às pessoas aplicar a

sua experiência e perícia de novas maneiras (Hunter, Bedell-Avers, Hunsicker, Mumford, & Ligon, 2008). Para isso, a Resolução Criativa de Problemas (CPS) combina técnicas criativas, com outras mais analíticas e permite a elaboração e comunicação de novas relações conceituais, de forma a facilitar o aparecimento de múltiplas possibilidades, experiências e perspectivas inovadoras e invulgares capazes de orientar a descoberta e seleção de alternativas (Isaksen & Treffinger, 2004). Ou seja o uso do modelo de Resolução Criativa de Problemas (CPS) requer o uso de tarefas distintas das que são ordinariamente utilizadas na resolução de problemas.

Um outro requisito que pode trazer benefícios à aplicação deste modelo é recorrer à realização de tarefas mais complexas que permitam o surgimento de um maior grau de criatividade, uma vez que são tarefas que não se encontram tão bem definidas (Mumford, Mobley, Uhlman, Reiter-Palmon, & Doares). Desta maneira, é importante realizar tarefas pouco definidas, uma vez que estas são caracterizadas por múltiplas possibilidades de soluções ou objetivos, permitindo ao indivíduo focar-se apenas num objetivo ou em vários ao mesmo tempo (Reiter-Palmon, Illies, Cross, Buboltz, & Nimps, 2009). Este tipo de abordagem, com múltiplas possibilidades para a resolução de problemas ajuda a abrir a perspectiva dos sujeitos relativamente ao tipo de solução que melhor se enquadra ao seu problema.

Sendo a criatividade um conceito flexível, já se consegue perceber que o tipo de técnicas utilizadas na sua estimulação também é vasto e diversificado. Embora polémica, uma das muitas técnicas que promove a criatividade e a resolução de problemas é o *Brainstorming* (Meijers, 1978). Embora mais utilizado em adultos (La Greca, 1980), há evidências de que a sua utilização encoraja os indivíduos a resolver os seus problemas de modo criativo, procurando o maior número de soluções que sejam construtivas para a resolução de um problema (Osborn, 1963). Deste modo, Miller (2004) confirma a importância desta técnica no desenvolvimento da criatividade afirmando que também se deve encorajar o *brainstorming* nas crianças, para estimular nelas o pensamento crítico e criativo. Esta técnica baseia-se num procedimento utilizado para criar a maior quantidade de soluções possíveis para um problema e ajuda também a conhecer que processos estão por detrás dessa formulação de alternativas (Meijers, 1978).

Para iniciar a exploração das estratégias do pensamento criativo deve avaliar-se o que as crianças/adolescentes fazem quando estão perante um problema que requer esse tipo de pensamento (La Greca, 1980). Nesse sentido, a utilização de dilemas morais em crianças torna-se um bom preditor do funcionamento cognitivo da criatividade. Segundo Reiter-Palmon, Illies, Cross, Buboltz, e Nimps (2009), quanto menos complexo o dilema for, maior vai ser a sensação de autoeficácia do sujeito na sua resolução. Posto isto, as tarefas de autoeficácia também são consideradas um

elemento importante para a contribuição da performance criativa (Tierney & Farmer, 2002) e consequentemente para a resolução de problemas. A sua importância recai no facto de quanto maior for o grau de autoeficácia percebida, mais elevados vão ser os objetivos definidos e mais fortes vão ser os comportamentos que conduzem ao alcance dos mesmos (Bandura, 1991). Este tipo de processo abre espaço para uma questão, será que o progressivo aumento da capacidade da paciente em criar alternativas para a resolução de problemas aumenta os níveis de percepção da sua autoeficácia? Na tentativa de obtermos uma resposta para esta questão, esta será uma das hipóteses analisadas na dissertação.

A resolução de problemas reais, relativos ao nosso dia-a-dia, é outra tarefa que explora o pensamento divergente e é comumente utilizada nas investigações da criatividade (Reiter-Palmon, Illies, Cross, Buboltz, & Nimps, 2009). No entanto, é possível que as tarefas com detalhes mais reais sejam mais restritivas, porque implicam que as respostas tenham de ser também realistas (Runco, Illies, & Eisenman, 2005). Para evitar esse bloqueio, principalmente ao nível das emoções, muitos terapeutas infantis utilizam a terapia baseada nas brincadeiras faz-de-conta para ajudar as crianças a expressar os seus sentimentos, modular o afecto e resolver os conflitos (Brock, Dodds, Jarvis, & Olusoga, 2011). A realização destas atividades são boas oportunidades para aceder a pensamentos e emoções “proibidas” que são expressos durante essas ocasiões (Russ & Schafer, 2006). Deste modo, a brincadeira faz-de-conta é uma atividade que transmite e integra emoções, expressando muitas vezes sentimentos e pensamentos carregados de afecto (Russ, 2004) através da fantasia (Russ & Schafer, 2006), permitindo fugir à inibição provocada pela exposição de situações reais ao paciente.

As crianças que consigam expressar emoção nas brincadeiras faz-de-conta devem estar aptas para expressar emoções e pensar sobre elas em outras situações, por exemplo quando pensam sobre as suas próprias memórias (Russ & Schafer, 2006). Como tal, as crianças que consigam expressar corretamente o afecto nas brincadeiras faz-de-conta, devem possuir um armazém mais rico de memórias e associações emocionais (Russ & Schafer, 2006). O enriquecimento desse conjunto de memórias deve facilitar o pensamento divergente (Russ & Schafer, 2006), estando deste modo associado à fluência da criatividade. A existência de evidências de que tanto a criatividade como a memória são formas de aplicação da cognição (La Greca, 1980), torna evidente a utilidade de atividades que estimulem a memória no desenvolvimento do pensamento criativo. Colocar os pacientes perante situações em que lhes é pedido que se lembrem dos diversos modos de como se pode usar um objeto ou que coloquem um determinado objeto num local que lhes seja familiar e lhes deem uma utilidade, são exemplos de atividades que segundo alguns investigadores (Guilford,

1950; La Greca, 1980) têm melhor desempenho por parte de estudantes mais criativos. Estas evidências retratam a existência de pessoas que podem fazer uma busca ativa de alternativas/soluções para os problemas, promovendo uma melhor preparação para recorrer às estratégias de memória e ter uma abordagem mais ativa na resolução das tarefas (La Greca, 1980). O caso da modelação em crianças pequenas é um bom exemplo desta relação entre a memória e a criatividade. Em muitos casos, surge a resolução de um problema através de uma estratégia que a criança viu outra pessoa utilizar (Miller, 2004). Esta adaptação requer um processamento da informação retida na memória e a posterior aplicação dessa informação (estratégia) ao contexto do problema.

Não só a memória e a sua influência têm um papel importante no pensamento criativo e na busca de soluções. Também a flexibilidade, a fluência, a originalidade (Bahia & Trindade, 2012; Candeias, 2008; Guilford, 1950; Romo, 2008) e a novidade (Guilford, 1950) são funções cognitivas associadas ao pensamento divergente e intervêm na resolução dos problemas e na procura de soluções (Romo, 2008). Através destas funções, o problema pode ser visto de diferentes perspetivas permitindo superar os bloqueios e criando uma maior quantidade de ideias, com maior associação entre elas, produzindo algo novo e invulgar (Candeias, 2008; Romo, 2008). Deste modo, é essencial incentivar o trabalho de cada uma destas funções durante o processo terapêutico, através de atividades como: perguntar o nome de objetos com uma determinada propriedade (vermelhos, alimentos, etc) ou fazer uma declaração/afirmação e pedir ao paciente que enumere as consequências ou limitações que conseguir, e que estejam relacionadas com a declaração inicial (fluência) (Guilford, 1950). O uso de testes cujos itens não possam ser respondidos corretamente através dos velhos métodos, exigindo novas abordagens (*e.g.* puzzles), tais como os jogos de sinónimos, de semelhanças, de associação de palavras (Guilford, 1950) e a classificação emocional de vários objetos seguida da identificação das suas várias utilidades (Russ & Schafer, 2006), são também uma escolha acertada e fácil de aplicar, promovendo o desenvolvimento desta área do funcionamento cognitivo.

Por fim, as estruturas do conhecimento associadas ao pensamento criativo, quer individualmente ou combinadas, estão relacionadas com a criação de ideias de resolução de um problema e com o desenvolvimento de soluções originais e de alta qualidade (Hunter, Belle-Avers, Hunsicker, Mumford, & Lifon, 2008). Para cada uma destas estruturas do conhecimento, Hunter, Belle-Avers, Hunsicker, Mumford e Lifon (2008) identificaram tarefas que são responsáveis pela sua ativação no CPS e que de um modo geral, agregam todo o tipo de atividades que foram descritas, como o uso de alternativas (esquemático), o uso de associações (conhecimento

associacional) e encontrar as deficiências ou diferenças (casos anteriores). Estes três tipos de tarefas podem ser facilmente integradas em atividades terapêuticas, sendo possível trabalhar e estimular o pensamento criativo dos pacientes em sessões de psicoterapia.

Em suma, a produção de ideias, o pensamento divergente, associação de palavras, etc., pretendem desenvolver a formulação do maior número de ideias que a criança/adolescente conseguir para resolver o problema ou tarefa que lhe foi apresentada. Um aspeto que posteriormente é muito relevante na avaliação da resolução criativa de problemas é a necessidade de olhar para as ideias geradas e ser capaz de escolher a melhor solução para resolver o problema (Reiter-Palmon, Illies, Cross, Buboltz, & Nimps, 2009).

2.5 Criatividade e Desenvolvimento

Ao aplicarmos o conceito de criatividade à intervenção com crianças é necessário ter em consideração o seu desenvolvimento. O desenvolvimento é um processo comum a todos os seres (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007) e implica mudanças a vários níveis (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Lourenço (1997) evidencia que essas alterações, enquanto processos básicos, estão associadas a todas as teorias de desenvolvimento, sendo inevitável associar primeiro o conceito de desenvolvimento à ideia de mudança e só posteriormente associá-lo à ideia de idade ou passagem do tempo. Embora este seja um processo básico que está relacionado com os organismos e a sua conduta ao longo dos anos (Lourenço, 1997), existem inúmeras influências internas (*e.g.* hereditariedade) e externas (*e.g.* ambiente) que têm um papel determinante no desenvolvimento, principalmente na fase da infância (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007; Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Deste modo, a velocidade do desenvolvimento pode variar consoante o indivíduo e consoante os diferentes ambientes sociais em que o mesmo está inserido, mas a maior ou menor rapidez do desenvolvimento não pode alterar a ordem das sucessivas etapas desenvolvimentistas pelas quais um indivíduo tem de passar (Piaget, 1972). Por isto, alguns autores (Lourenço, 1997; Papalia, Olds, & Feldman, 2001), defendem a complexidade do processo de desenvolvimento e a dificuldade em fazer uma medição precisa do mesmo, podendo este ser um conceito normativo ou não-normativo. Essa mesma complexidade deve-se também às diferentes capacidades que se vão desenvolvendo rumo à maturação, o desenvolvimento motor, psicossocial, emocional, físico e cognitivo (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007; Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

Tendo em conta que a Psicologia é a ciência do comportamento e da tomada de conhecimento do que fazemos (Piaget, 1997), o desenvolvimento das competências de um indivíduo para pensar e raciocinar sobre o mundo que o rodeia (Lourenço, 1997) e agir refletindo esses mesmos processos (Papalia, Olds, & Feldman, 2001), demonstra que o conhecimento do desenvolvimento cognitivo é

algo fundamental para o estudo da Psicologia em geral. Esta perspectiva cognitivista tem grande amplitude e é utilizada em várias teorias do desenvolvimento que foram surgindo ao longo dos anos (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Uma delas, a Teoria de Piaget, representa uma forte concepção do desenvolvimento (Lourenço, 1997). Os pressupostos cognitivo-desenvolvimentistas de Piaget serviram de alerta para a diferença que existe entre o modo como as crianças e os adultos compreendem o mundo e permitiram-lhe ainda, que fosse o primeiro a realizar uma descrição teórica e sistemática do processo de crescimento mental que caracteriza os humanos, desde a infância até à idade adulta (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007). Piaget focou a sua teoria nos processos mentais internos, desenvolvendo assim uma abordagem compreensiva do desenvolvimento cognitivo (Papalia, Olds, & Feldman, 2001), onde a inteligência foi reconhecida como a competência que se vai alterando ao longo desse mesmo processo (Lourenço, 1997). Deste modo, o autor designa as crianças como agentes activos na construção da sua própria realidade, na medida em que cada uma deve adaptar o seu comportamento inteligente (inato) ao ambiente e promover a sua própria construção e evolução (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Segundo Piaget (1997), essa construção do conhecimento só é possível através de estruturas operacionais que nos vão permitir operar sobre um objeto, ficando a saber como este funciona e construindo a base do conhecimento sobre o mesmo. Assim sendo, a Teoria de Piaget assenta também no postulado de que o desenvolvimento cognitivo ocorre ao longo de vários estádios qualitativamente diferentes (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007; Papalia, Olds, & Feldman, 2001), que ao mesmo tempo representam o desenvolvimento dessas estruturas operacionais (Piaget, 1997), uma vez que em cada estádio a criança desenvolve novas formas de operar (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Tendo em conta que o que se pretende observar nesta dissertação é a evolução dos mecanismos utilizados na resolução de problemas, a Teoria de Desenvolvimento Cognitivo de Piaget é a que melhor pode explicar as operações que se irão observar. Deste modo, Jean Piaget (1997; Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007; Papalia, Olds, & Feldman, 2001) propôs a existência de quatro estádios do desenvolvimento intelectual, que vão caracterizar o crescimento e as modificações que vão existindo desde o nascimento da criança até à idade adulta. O primeiro estádio de desenvolvimento de Piaget é o Sensório-motor, que dura desde o nascimento até aproximadamente aos 18/24 meses (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007; Lourenço, 1997; Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Piaget, 1997). É durante esta etapa que as crianças aprendem a organizar as suas atividades e a coordenar a informação que recebem através dos sentidos (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). A construção da permanência do objeto, a aquisição de esquemas sensório-motores e o início do pensamento abstrato

(Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007), representam os conceitos que fazem parte da construção do espaço sensorio-motor (Piaget, 1997).

O estágio seguinte, nomeado por Piaget (1997) como estágio Pré-operatório, dura aproximadamente entre os 2 e os 6/7 anos (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). É neste estágio representativo que ocorre um maior desenvolvimento da linguagem e da função simbólica da criança ao nível do pensamento e representação (Piaget, 1997). Como tal, surge o desenvolvimento de outras competências cognitivas essenciais: a função simbólica, a compreensão de identidades e de causa-efeito, a capacidade para classificar, a compreensão dos números e das quantidades e a empatia, que vão favorecer a socialização da criança (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007; Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Embora haja um avanço neste estágio, principalmente ao nível das representações mentais (Papalia, Olds, & Feldman, 2001), as crianças pré-operatórias têm o seu pensamento dominado pelo egocentrismo, centração, irreversibilidade, entre outros aspetos, que limitam o pensamento da criança (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007; Papalia, Olds, & Feldman, 2001). Estas limitações são ultrapassadas à medida que a criança vai entrando no terceiro estágio de desenvolvimento, o estágio das Operações Concretas (Lourenço, 1997; Piaget, 1997).

As etapas seguintes do desenvolvimento cognitivo, são particularmente importantes para a dissertação, na medida que representam crianças com idades compreendidas aproximadamente entre os 6/7 e os 11 anos (Lourenço, 1997; Papalia, Olds, & Feldman, 2001), e adolescentes com idades a partir do 11/12 anos, tornando-se representativas do desenvolvimento intelectual dos casos que serão descritos posteriormente. Deste modo, torna-se importante realçar que o terceiro estágio do desenvolvimento cognitivo de Piaget, (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007; Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Piaget, 1972, 1997) é caracterizada pelo desenvolvimento da capacidade de realizar operações concretas e pensamento operatório, que conferem uma mudança estrutural nas competências cognitivas da criança (Lourenço, 1997). Além disso, é neste estágio que surge a inteligência operatória, capacidade característica dos anos escolares que confere maturidade intelectual à criança permitindo-lhe resolver problemas mais complexos (Lourenço, 1997). Papalia, Olds e Feldman (2001) afirmam que, segundo a abordagem piagetiana, as crianças neste terceiro estágio de desenvolvimento são menos egocêntricas e por isso são capazes de usar operações mentais para resolver problemas concretos. O desenvolvimento desta capacidade caracteriza também a passagem da centração para a descentração (Lourenço, 1997). Segundo Lourenço (1997), a capacidade de descentração permite a utilização de vários pontos de vista, que segundo o modelo de Resolução Criativa de Problemas de Isaksen e Treffinger (Buijs, Smulders, & van der Meer, 2009; Isaksen & Treffinger, 2004) beneficia a capacidade de resolver os problemas. Ao mesmo

tempo, a inteligência operatória é pautada de perspectivismo (Lourenço, 1997), passando de um estado de egocentrismo para a capacidade de atender a diferentes perspectivas e compreender que a realidade pode ser vista de diferentes formas. No estágio operatório concreto há também uma grande evolução no desenvolvimento cognitivo da criança quanto à capacidade de reversibilidade, que confere coerência e mobilidade ao pensamento da criança escolar (Lourenço, 1997). O pensamento torna-se móvel e flexível, sendo capaz de executar uma ação em dois sentidos (Lourenço, 1997), antecipando transformações sobre os objetos e consequências de situações (Bahia, 2010) e por conseguinte estando preparado para a criação de diferentes alternativas. Além destes grandes marcos cognitivos que surgem devido à passagem do estágio pré-operatório para o operatório concreto, a partir dos 7 anos as crianças vão adquirindo outras capacidades cognitivas específicas igualmente importantes, a capacidade de distinguir entre a fantasia e a realidade, a aquisição de raciocínio indutivo e dedutivo, o desenvolvimento do pensamento espacial, bem como seriação e inferência transitiva (Lourenço, 1997; Papalia, Olds, e Feldman, 2001). Como referiu Lourenço (1997), o conjunto de alterações que surgem com a passagem do estágio pré-operatório para o estágio operatório concreto, determinam o que a inteligência operatória é capaz de operar a nível cognitivo e permitem a entrada num jogo de regras também ao nível da brincadeira. O ímpeto para a brincadeira está presente nos seres humanos jovens (Brock, Dodds, Jarvis, & Olusoga, 2011) e várias investigações têm focado as funções e benefícios que os vários tipos de brincadeira têm para o desenvolvimento na infância (Pearson, Russ, & Spannagel, 2008; Russ, 1998). Neste sentido, e uma vez que a brincadeira é um comportamento simbólico marcado pela possibilidade de fazer-de-conta (Pearson, Russ, & Spannagel, 2008), esta capacidade deve também ser tida em conta na psicoterapia infantil (Russ, 1998).

Todas estas aquisições preparam as crianças para a perceção dos múltiplos aspetos de uma situação, tornando-as preparadas para utilizar as suas operações mentais na resolução de problemas concretos (Papalia, Olds, & Feldman, 2001). No entanto, esta capacidade de realização das operações concretas permite apenas que a criança raciocine em termos de objetos (classes, relações, etc.) e não em termos de hipóteses (Piaget, 1972). Esta última capacidade apenas é adquirida com a entrada no último estágio de desenvolvimento de Piaget - o das Operações Formais (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007; Lourenço, 1997; Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Piaget, 1972), e representa o ponto forte quer desta fase (Piaget, 1972), como de todo o desenvolvimento cognitivo, dado que a criança atinge a capacidade de pensar de modo abstrato (Papalia, Olds, e Feldman, 2001). Há assim uma alteração no raciocínio da criança, uma vez que nesta fase, ao raciocinar hipoteticamente está a deduzir as consequências que cada hipótese implica. Surge, desta forma, o

processamento de raciocínio formal (Papalia, Olds, e Feldman, 2001) que fornece um procedimento lógico com um poder de demonstração do problema muito superior ao demonstrado pela criança nos estádios anteriores (Piaget, 1972). Este último estágio é também marcado pela entrada na adolescência, que é pautada por mudanças mais marcantes não só ao nível cognitivo, mas também emocional, físico e social, surgindo deste modo a busca pela independência (Bahia, 2010). Esta estrutura do pensamento começa a desenvolver-se aproximadamente aos 11/12 anos (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007; Lourenço, 1997; Papalia, Olds, e Feldman, 2001; Piaget, 1972) e atinge o seu pico na plenitude da fase da adolescência, aos 14/15 anos (Piaget, 1972). Demonstra-se assim um aumento da capacidade cognitiva do adolescente para a resolução de problemas, o que constitui uma evidência favorável à aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas - CPS (Isaksen & Treffinger, 2004), em indivíduos desta faixa etária. Porém, esta fase de maturidade cognitiva não é apenas pautada pela capacidade de realizar um raciocínio abstrato ou um pensamento idealista (Papalia, Olds, e Feldman, 2001). A complexidade e riqueza do pensamento formal é ainda caracterizada pela capacidade de inversão de sentido entre o real e o possível, pela capacidade que os adolescentes adquirem em dissociar factores envolvidos na produção de um determinado fenómeno (Lourenço, 1997) e pelo sistema de permuta e poder combinatório (Piaget, 1972) que lhes permite combinar um conjunto de possibilidades, verificar as relações existentes entre as mesmas e tirar as devidas conclusões (Lourenço, 1997). Quando um adolescente se vê face a uma experiência nova, utiliza o método combinatório para aceder à melhor maneira de lidar com essa situação, analisando todas as alternativas possíveis (Piaget, 1972). Esta capacidade exploratória é algo que deve ser reforçado, uma vez que favorece a resolução de problemas (Buijs, Smulders, & van der Meer, 2009; Isaksen & Treffinger, 2004). Todas estas competências aumentam a flexibilidade do pensamento, a imaginação e a hipotetização de um mundo ideal (Papalia, Olds e Feldman, 2001) e consequentemente o questionamento acerca de si próprio (Lourenço, 1997). Este desejo de descoberta vai despertar o interesse dos indivíduos por problemas que vão para além do seu campo de experiência imediato, realçando o seu desejo de mudança e reestruturação de ideias de acordo com as suas perspetivas (Piaget, 1972), aprofundando os seus horizontes relativamente ao mundo do conhecimento (Bahia, 2010). É esta capacidade de responder às exigências do meio, considerando não só o seu próprio conhecimento, mas todos os pontos de vista, que complexifica as interações sociais (Landry, Smith, & Swank, 2009) e a lógica dos adolescentes, representando-se assim um sistema coerente que é relativamente diferente da lógica utilizada pelas crianças (Piaget, 1972).

Esta passagem e crescimento cognitivo é resultado de uma interação entre o meio e o sujeito, desejada intencionalmente pelo mesmo (Lourenço, 1997). À medida que este crescimento surge, a

criança vai estando apta para outro tipo de desenvolvimento, o emocional. Paralelamente ao desenvolvimento cognitivo, outro tipo de tarefas de desenvolvimento vão ocorrendo. Segundo Newman e Newman (1991), desde a primeira infância até à adolescência há processos como a vinculação, desenvolvimento da autoestima e do auto-controle, formação de amizades, desenvolvimento emocional e de valores, entre outras competências. Estes processos contribuem para a maturação emocional e tornam-se progressivamente mais complexos, sofrendo também ações externas que influenciam as capacidades cognitivas nas tomadas de decisão.

Em suma, ao podermos situar as crianças nos estádios de desenvolvimento descritos, podemos avaliar o estado das capacidades cruciais para o raciocínio humano (codificação visual, codificação linguística e a capacidade para lidar com diferentes situações) determinando, deste modo, o tipo de representações que podem construir e consequentemente qual a capacidade que utilizam para resolver o problema em questão (Hunt, 1994).

2.6. Resolução de Problemas e Criatividade nas Perturbações de Ansiedade

A ansiedade é um processo emocional e envolve sensações desagradáveis que surgem quando o medo de algo é estimulado (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). Embora esta relação entre o medo e a ansiedade seja algo normativo, verificando-se quase sempre como sendo uma reação adequada e passageira (Méndez, 2002), a verdade é que as crianças desde muito cedo convivem com medos diversificados que têm de tentar vencer ou controlar (Barros, 1996). Contudo, as crianças e adolescentes nem sempre estão aptos para lidar com essas situações, gerando um tipo de respostas desajustadas que cabe aos terapeutas classificar como situações passageiras e comuns ou períodos mais perturbadores que afetam a adaptação destas crianças e adolescentes de forma significativa (Barros, 1996), como é o caso das Perturbações de Ansiedade. Este tipo de perturbação envolve uma resposta emocional resultante da avaliação que é feita a uma ameaça (Beck, Emery, & Greenberg, 1985), por isso há que referir o importante papel que os factores cognitivos têm no desenvolvimento e manutenção da ansiedade (Meijers, 1978). Se avaliarmos o tipo de concepções que despertam este estado emocional, comprova-se o poder da cognição nesta perturbação. O processo cognitivo desencadeado num primeiro contato com um estímulo ameaçador cria de imediato pensamentos automáticos ou imagens que são seguidos por uma onda de ansiedade (Beck, Emery, & Greenberg, 1985), conduzindo a um processamento de informação inadequado, preocupações negativas, crenças irracionais e um tipo de pensamento disfuncional (Meijers, 1978), que perpetuam esta sensação. Como tal, antes de atuar a nível emocional é importante modificar todos os pensamentos e percepções desajustadas. Para Meijers (1978), a terapia baseada na resolução de problemas através de autoinstruções é uma boa escolha para trabalhar com crianças ansiosas, que

são extremamente vulneráveis a pensamentos desajustados (Grieger & Boyd, 2006). Uma vez que na ansiedade as distorções cognitivas estão relacionadas com o tipo de ameaça e com a habilidade percebida da pessoa para enfrentar e ultrapassar o perigo (Beck, 1976), torna-se fundamental desenvolver estruturas de ação que incluam reestruturação cognitiva e o desenvolvimento de estratégias de coping. Um aspeto a acrescentar é que além das crianças manterem inferências e formarem avaliações irracionais que conduzem a estados emocionais negativos, são também vulneráveis às ações dos seus pais, que nem sempre são apropriadas às necessidades de um filho com altos níveis de ansiedade (Grieger & Boyd, 2006). Posto isto, qualquer tipo de terapia cognitivo-comportamental, aplicada a crianças com perturbações de ansiedade deve incluir a criança e também os pais (Grieger & Boyd, 2006), principalmente se forem identificados sinais na sua conduta que perpetuem a condição ansiogénea da criança.

Já se demonstrou o tipo de relação que a resolução de problemas tem com a criatividade e com a intervenção nas perturbações de ansiedade. Contudo, não parecem existir tantas evidências da relação entre a criatividade e a ansiedade (Silvia & Kimbrel, 2010). Analisando uma das poucas evidências que existem, sabemos que as pessoas com altos níveis de ansiedade social vêm-se como menos criativas no seu contexto interpessoal e relatam menos aquisições relacionados com as suas performances em público (Silvia & Kimbrel, 2010). Do mesmo modo, Kimbrel (2008) evidencia que é esperado que indivíduos com ansiedade inibam os seus comportamentos de busca de novidade. Tendo em conta este tipo de perturbação, faz sentido que inicialmente o paciente bloqueie a busca de soluções ou desenvolvimento de pensamento divergente. Por isso, é necessário preparar as crianças e jovens, desenvolvendo as suas capacidades de resolução de problemas, pensamento criativo, flexível e independente (Miranda & Almeida, 2008), para que se previna e combata o aparecimento de esquemas distorcidos, inseguranças, evitamentos e medos provenientes de reações ansiosas.

Todas as evidências anteriores remetem para a necessidade de colocarmos algumas hipóteses relativamente à relação existente entre alguns dos conceitos acima retratados. Sendo a criatividade um construto com infinitas utilizações devido à sua flexibilidade, são também inúmeras as relações que se podem estabelecer entre e o pensamento criativo e algumas variáveis abordadas, como a ansiedade, medo, autoeficácia e a elaboração de emoções. Como tal, a presente investigação, além dos objetivos delineados, pretende recolher informação que nos elucide acerca do tipo de efeito que a criatividade tem na intervenção psicoterapêutica. Ao desenvolvermos um processo terapêutico com duas pacientes, lidamos com as variáveis anteriormente descritas e um modelo de resolução criativa de problemas, de modo a verificar:

- Se o progressivo aumento da capacidade de uma paciente em criar alternativas para a resolução de problemas diminui o nível de ansiedade da mesma, face às situações temidas (hipótese 1).
- Se o progressivo aumento da capacidade da paciente em criar alternativas para a resolução de problemas aumenta os níveis de percepção da sua autoeficácia (hipótese 2).
- Se o decréscimo dos níveis de ansiedade da adolescente face a situações temidas está associado a um aumento dos níveis de percepção da sua autoeficácia (hipótese 3).
- Se o progressivo aumento da capacidade da paciente em criar alternativas para a resolução de problemas diminui o nível de medo, face às situações temidas (hipótese 4).
- Se o progressivo aumento da capacidade da paciente em criar alternativas para a resolução de problemas altera o modo como a criança elabora as suas emoções (hipótese 5).
- Se a diminuição do nível de medo está associada à alteração do modo como a criança elabora as suas emoções (hipótese 6).

A investigação de todas estas relações irá permitir obter uma compreensão mais aprofundada dos efeitos da criatividade na psicoterapia, nomeadamente na funcionalidade das técnicas cognitivas (*e.g.* resolução de problemas) quando aplicadas a alterações emocionais.

3. Metodologia

3.1. Análise dos dados

De modo a dar resposta à questão de investigação colocada e a atingir os objetivos desta dissertação, foi desenvolvida uma metodologia de trabalho aplicada a 2 casos independentes (uma criança e uma adolescente) diagnosticados com alterações emocionais. O processo terapêutico que será utilizado como método desta investigação é constituído por uma avaliação antecedente à intervenção (Pré-teste), cujo objetivo será observar o comportamento das pacientes e avaliar/explorar as atitudes, crenças e comportamentos das mesmas através de uma entrevista semi-directiva (análise de conteúdo), realização de questionários de avaliação da ansiedade e autoeficácia (no caso da paciente 1) e aplicação de uma prova projectiva e de questionários de avaliação dos medos (no caso da paciente 2). Após a avaliação, o objetivo será delinear uma intervenção ajustada ao problema de ambas as pacientes através de um processo lúdico, onde se irá explorar o lado mais criativo de todos os intervenientes (*e.g.* terapeuta e pacientes) recorrendo a brincadeiras e outras atividades adequadas a cada dificuldade apresentada e ao estágio de desenvolvimento de cada

paciente. Posteriormente, realizar-se-á uma avaliação pós-teste, onde se analisarão as hipóteses, com vista a perceber se ocorreu melhoria nas três medidas propostas para análise (comportamento, atitudes e crenças) e se verificará se houve ou não, uma evolução em termos do reconhecimento das emoções (nas situações em que surgem) e regulação emocional. Deste modo, existem dois sujeitos que vão ser avaliados em dois momentos diferentes com os mesmos instrumentos, representando um método de estimação Teste-reteste. Quando este procedimento é usado, o intervalo de tempo entre as duas aplicações vai sempre afetar a estabilidade dos resultados (Urbina, 2007). Normalmente este método é utilizado para avaliar a precisão de uma prova e como tal, o facto de a estabilidade dos dados ser afetada é algo que se deve tentar evitar. Contudo, neste caso é isso mesmo que se pretende. O objetivo é verificar diferenças nos resultados da pré e pós avaliação para que seja possível concluir se houve benefícios associados à intervenção realizada, se ocorreram alterações comportamentais ou emocionais e quais foram, e em que medida o estímulo de procedimentos criativos aumentou a flexibilidade e capacidade para lidar com os problemas novos que surgem.

3.2. Contexto dos Casos

Os casos clínicos que seguidamente serão descritos pertencem a uma pequena amostra de casos seguidos ao longo de aproximadamente 10 meses, na sequência da realização do estágio curricular num hospital da zona Centro. Tomando em consideração a idade, a problemática e atitude das pacientes não foi difícil perceber que seriam casos indicados para proceder à aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas (Isaksen & Treffinger, 2004) e promover a relação entre a utilização e desenvolvimento da criatividade e o trabalho terapêutico.

Procedendo-se aos devidos pedidos de autorização, através de um consentimento informado oral (ver em Anexo A) aos pais e pacientes, onde se explicou os termos de confidencialidade, obteve-se permissão para que os casos da Bárbara e da Rafaela (nomes fictícios) fossem analisados e expostos nesta dissertação. Ambas as pacientes apresentam problemáticas que necessitam de intervenções centradas na resolução de problemas e como tal, a aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas (Isaksen & Treffinger, 2004) é uma metodologia que pode trazer diversidade e inovação à intervenção, constituindo uma mais-valia para as pacientes.

3.3. Modelo de Intervenção utilizado em ambos os casos

A metodologia utilizada para abordar e intervir em ambos os casos tem por base a aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas – CPS de Isaksen e Treffinger (2004). O CPS

(*Creative Problem Solving*), é um guia de resolução de problemas que através da utilização da criatividade e das brincadeiras, que são consideradas as abordagens interventivas *major* na psicoterapia com crianças (Russ, 1998), criam uma ligação com o desenvolvimento dos processos cognitivos e afetivos (Singer & Singer, citado por Russ, 1998). Com esta abordagem, o produto final de criatividade deve ser visto como uma nova mudança que inclui um conteúdo representativo de um novo sistema e também uma rede complementar de modelos mentais desenvolvidos pelos intervenientes (Smulders, citado por Buijs, Smulders, & van der Meer, 2009).

A versão utilizada do CPS vincula-se numa visão ecológica (Buijs, Smulders, & van der Meer, 2009) e representa a abordagem sistemática deste modelo que é mais utilizada atualmente (Isaksen & Treffinger, 2004). Com o intuito de trabalhar as estratégias de desenvolvimento das habilidades de resolução de problemas (Wen, 2011), a utilização deste modelo é extremamente importante, na medida em que estimula a aprendizagem dos indivíduos e o seu pensamento crítico, permitindo resolver os problemas mais eficazmente (Isaksen, Puccio, & Treffinger, 1993). A sua aplicação requer primeiro a compreensão do problema e posteriormente a implementação de várias soluções (Buijs, Smulders, & van der Meer, 2009). Para tal, a reestruturação mais recente deste modelo (Isaksen & Treffinger, 2004) reconhece grande importância na avaliação da tarefa/problema e no planeamento do processo de resolução, que tornam este modelo cada vez mais eficaz.

Para utilizar o CPS (Isaksen & Treffinger, 2004), têm de ser tidos em conta os quatro principais componentes deste modelo, a compreensão do problema; criação de ideias; planeamento da ação (Buijs, Smulders, & van der Meer, 2009; Isaksen & Treffinger, 2004; Wen, 2011) e avaliação da tarefa (Buijs, Smulders, & van der Meer, 2009). Com base no processo que se desenrola através destes componentes, foram sendo adaptadas várias atividades terapêuticas lúdicas em sessão com o objetivo de juntamente com o uso da criatividade e da confluência das suas quatro dimensões, a fluência de ideias, a flexibilidade, a originalidade e a capacidade de elaboração de ideias, se conseguir trabalhar e desenvolver a capacidade das pacientes para a resolução de problemas.

3.4. Apresentação do caso: Paciente 1

A Bárbara é uma jovem de 13 anos, em plena adolescência e há cerca de dois anos começou a evidenciar sinais de desconforto e preocupação com a sua imagem e com a opinião dos seus pares. Estes sinais seriam normais, tendo em conta a sua faixa etária e estágio de desenvolvimento em que se encontra, caso esta situação não estivesse a afetar a vida da adolescente, a nível académico, social e emocional. A paciente tem um grupo restrito de amigas na escola com quem tem mais confiança e liberdade para falar e socializar, mas quando é exposta a mais pessoas fica nervosa e bloqueia preferindo ficar calada. A sua preocupação é que as pessoas gozem ou fiquem com uma má

impressão dela. A ansiedade que sente intensifica-se quando está perto dos rapazes da sua turma ou de idades próximas à sua, uma vez que a jovem vivenciou várias situações em que esses rapazes gozavam com alguém. Embora nunca tenha sido alvo de bullying, quando vê este tipo de situações acontecerem fica com medo que um dia possa ser ela o alvo dos rapazes e por isso prefere passar despercebida.

Na tentativa de evitar algo que a poderia afetar negativamente, a Bárbara isola-se e evita todo o tipo de atividades que possam desencadear algum tipo de comentários negativos à sua pessoa. Por exemplo, não come ou bebe perto dos amigos, não vai a festas de anos ou às visitas de estudo onde estão os rapazes e nem sequer convive com as amigas em locais com muita gente e onde possa chamar à atenção (*e.g.* o polivalente ou refeitório da escola). Contudo, este medo de ser gozada e rejeitada pelos colegas não vem de nenhuma experiência negativa pela qual tenha pessoalmente passado e que possa ter sido desencadeadora destas reações que apresenta. O motivo de toda a tristeza, raiva, nervosismo e isolamento que a adolescente tem sentido deve-se à imagem negativa que a paciente construiu de si mesma e que faz com que pense que todos a vêm da mesma maneira e que por isso sintam em relação a ela o mesmo que ela sente em relação a si própria. Esta ideia negativa surgiu após a puberdade (aproximadamente aos 11 anos), a partir daí o corpo da Bárbara mudou e rapidamente se diferenciou das suas amigas quanto à altura e roubustez. Além disso, como sempre gostou de dançar e ouvir música descobriu um novo ídolo musical, uma cantora com a qual se começou identificar bastante e que representa também um ícone de beleza comercial. As sucessivas transformações características da adolescência e a falta de encaixe nos padrões de beleza que criou devido à cantora, levaram-na a rejeitar a sua imagem e a ter cada vez mais dificuldade em aceitar-se, chegando mesmo a referir que preferia morrer a ser como é. O processo terapêutico deste caso durou 7 meses e traduziu-se em 22 sessões.

3.4.1. Processo de Pré – Avaliação

Instrumentos utilizados na pré-avaliação:

Pedido de Avaliação Psicológica (versão abreviada da Anamnese)

Mapa da Rede Social

Escala de auto-conceito de “Piers-Harris” (aferição para a Portugal por Feliciano Veiga, 2005)

Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (adaptação de Fonseca, 1992)

Teste de Completamento de Frases (Zelazowska)

Questionário de Auto-avaliação para Jovens – YSR (ASEBA)

Questionário de Comportamento para Pais – CBCL (ASEBA)

Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens - SEQ-C (Nogueira, 2008)

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III)

TPCT – Teste de Pensamento Criativo de Torrance (1974)

A avaliação inicial decorreu com o intuito de explorar mais aprofundadamente a problemática apresentada pela paciente na primeira sessão. Como tal, foram utilizados os instrumentos anteriormente descritos. A descrição mais detalhada deste processo encontra-se em anexo (Anexo B), assim como os resultados desta avaliação que foram representados na conceptualização do caso (Anexo C). Como resultado da informação recolhida na pré-avaliação, desenvolveu-se um esquema de formulação do caso, que será um útil guia para o processo de intervenção.

Formulação do Caso

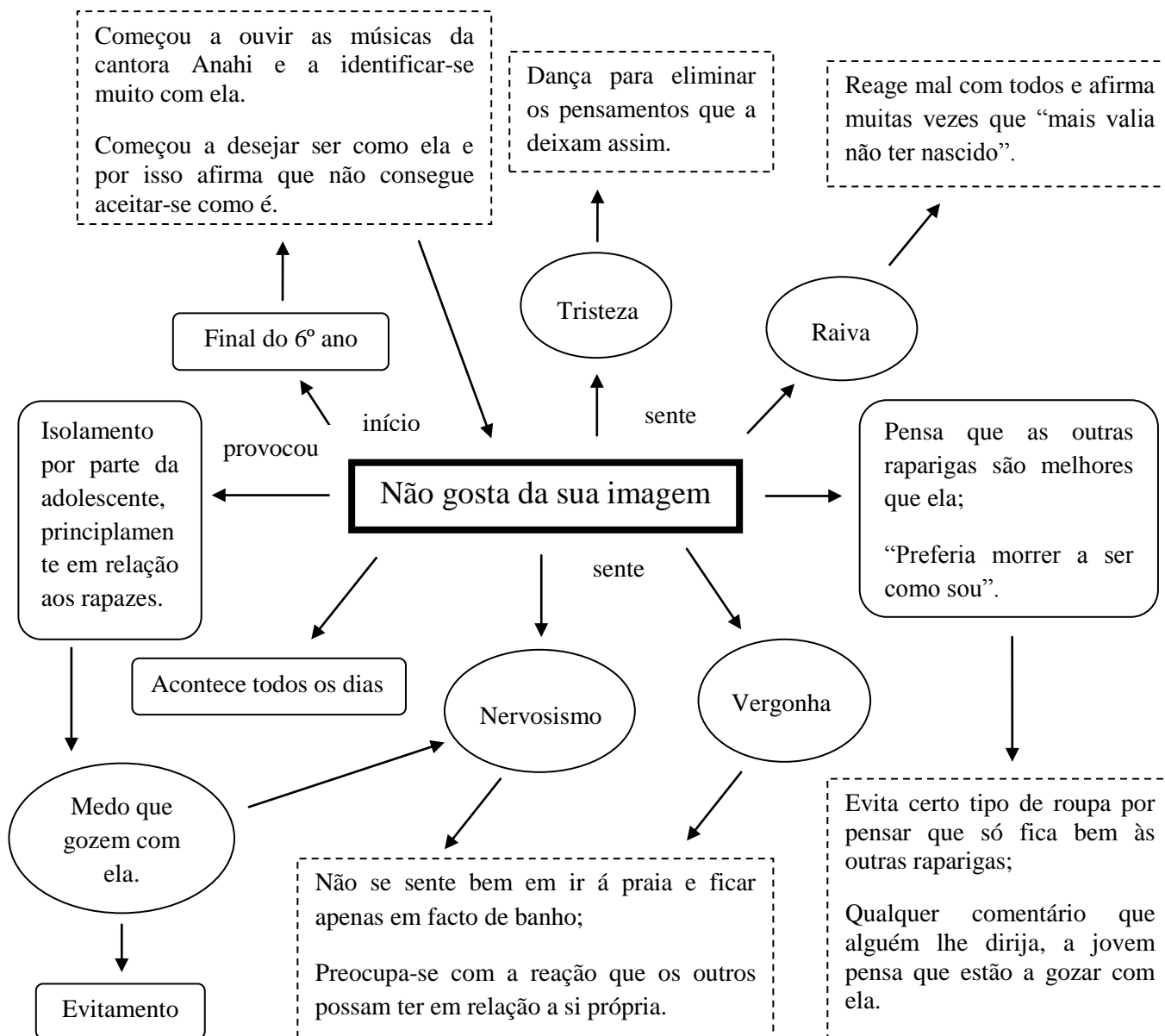


Figura 1. *Formulação do caso da Bárbara.*

3.4.2. Processo de Intervenção

Plano de Intervenção

Objetivos e Estratégias de Intervenção

Objetivos	Estratégias de Intervenção
Desenvolvimento da capacidade de exploração de alternativas quando exposta a situações consideradas adversas.	<p>Diálogo Socrático.</p> <p>Exploração dos efeitos e consequências de diversas alternativas para alcançar a resolução de problemas.</p> <p>Relaxamento: Técnica do Robot vs. Boneca de trapos.</p> <p>Diálogo intrínseco e desenvolvimento de pensamentos motivadores.</p>
Desenvolvimento da capacidade de análise realista das situações e consequente diminuição da criação de crenças desajustadas	<p>Diálogo Socrático.</p> <p>Reestruturação cognitiva.</p> <p>Esquematização do problema e suas influências, de modo a conseguirmos criar alternativas para modificar os aspetos negativos que estão na base dos problemas da jovem.</p> <p>Óculos positivos.</p>
Desenvolvimento da capacidade de se expor em situações de destaque e aprender a controlar os sinais de nervosismo.	<p>Relaxamento: Técnica do Robot vs. Boneca de trapos; Diálogo intrínseco e desenvolvimento de pensamentos motivadores.</p> <p>Exploração de alternativas para a resolução de problemas (Modelo de Resolução Criativa de Problemas de Isaksen & Treffinger, 2004).</p>
Desenvolver a capacidade de socialização com pessoas com as quais não tem confiança	<p>Role-play.</p> <p>Tarefas fora da sessão: ser a adolescente a tomar a iniciativa de marcar a sua consulta quando chega ao hospital, ou a fazer o pedido quando vai ao café com a mãe.</p>
Desenvolvimento da sua autonomia	<p>Reestruturação cognitiva.</p> <p>Desenvolver estratégias para lidar com a ansiedade perante a turma.</p>
Desenvolvimento da fluência de raciocínio quando se encontra em situações de stress (evitar os bloqueios que costuma sofrer)	<p>Exploração de alternativas para a resolução de problemas (Modelo de Resolução Criativa de Problemas de Isaksen & Treffinger, 2004).</p> <p>Evitar comportamentos que lhe permitam evitar o contato com a pessoa (<i>e.g.</i> olhar para baixo; mexer no telemóvel, etc).</p>

Modalidade: Cognitivo-Comportamental

Nível de Intervenção: Individual e uma sessão conjunta.

Frequência: Semanal

Nível de Envolvimento da família: Moderado.

Intervenções Complementares: Não houve necessidade de realizar intervenções complementares.

Obstáculos à intervenção: O único obstáculo que pode ter dificultado a manutenção da intervenção foi a falta de segurança da adolescente, que aumenta quando está muito tempo num ambiente mais

seguro e não tem de arriscar. No entanto, com o tempo as mudanças foram ficando mais consistentes e atualmente, mesmo quando está muito tempo sem ter de enfrentar desafios, a sua confiança vai-se mantendo transformando-se numa característica intrínseca da jovem.

Exemplos de intervenções cognitivo-comportamentais utilizadas em casos de Fobia Social:

Tendo em conta alguns autores de entre a vasta literatura que atualmente existe acerca da metodologia cognitivo-comportamental utilizada na intervenção em casos de ansiedade, chegou-se a um conjunto de técnicas que desenvolvem as capacidades cognitivas e comportamentais dos adolescentes, preparando-os para enfrentar as situações ansiogéneas. Para Mahoney e Arnkoff (citado por Meijers, 1978), as técnicas de reestruturação cognitiva, desenvolvimento da capacidade de coping e o desenvolvimento da resolução de problemas, constituem um conjunto de terapias de aprendizagem cognitiva muito promissoras na intervenção deste tipo de problemáticas. Este tipo de intervenção permite eliminar crenças irrealistas que a paciente possa ter e desenvolver capacidades para enfrentar o medo e controlar a ansiedade. No entanto, existem muitas outras técnicas cognitivas e comportamentais que se podem utilizar e integrar com as anteriores. Exemplo disso, são as estratégias de automonitorização, relaxamento, desenvolvimento das habilidades sociais, exposição (Friedberg & McClure, 2004) e dessensibilização sistemática (Frances & Ross, 1999; Friedberg & McClure, 2004). Cada uma destas técnicas varia quanto ao grau de complexidade, devendo ser aplicadas tendo em conta o paciente, o estado da problemática e o estágio da terapia (Friedberg & McClure, 2004). Com estes parâmetros também deve estar relacionado o modo como se põe em prática cada uma destas técnicas, na medida que haja flexibilidade suficiente para que se possam conjugar estratégias e torná-las mais apelativas para os pacientes, obtendo assim maior aderência e resultados. Por fim, embora não sendo uma técnica específica da intervenção em casos de ansiedade é um constructo que tem vindo a ser muito estudado no contexto da psicoterapia como um dos factores comuns a todos os modelos teóricos e com forte impacto nos resultados dos tratamentos (Bordin, 1979, 1994), a relação ou aliança terapêutica. Como tal, é extremamente necessária para uma boa intervenção em qualquer perturbação e também neste caso deve ser tida em conta.

Procedimento:

Todas as ações e estratégias desenvolvidas ao longo de 22 sessões tiveram o intuito de alcançar os objetivos propostos através da integração do modelo de Resolução Criativa de Problemas (Isaksen & Treffinger, 2004) e das técnicas cognitivo-comportamentais associadas à intervenção

desta problemática em adolescentes. A descrição mais pormenorizada de todas atividades realizadas e as respectivas sessões encontram-se em anexo (Anexo D).

3.4.3. Processo de Pós – Avaliação

Após um período de intervenção direta com a paciente, procedeu-se à avaliação das mudanças e alterações verificadas durante esse processo. Para tal, utilizou-se os instrumentos que seguidamente serão descritos. A descrição mais detalhada desta etapa encontra-se em anexo (Anexo E).

Instrumentos utilizados na pós-avaliação:

Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (adaptação de Fonseca, 1992)

Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens – SEQ-C (Nogueira, 2008)

Descrição dos instrumentos utilizados:

Apesar da variedade de instrumentos utilizados na pré-avaliação com o intuito de recolher o máximo de informação que permitisse compreender de modo eficaz a problemática que afetava a paciente, apenas duas dessas provas foram novamente aplicadas na pós-avaliação, a *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças* (adaptação de Fonseca, 1992) e o *Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens – SEQ-C* (Nogueira, 2008) (ver questionários em Anexo F). O objetivo foi verificar os níveis de ansiedade e a perceção da autoeficácia da adolescente no final da intervenção, realizando uma comparação entre a pré e a pós-avaliação. A escolha de cada um dos instrumentos assentou na sua funcionalidade e tipo de informação que permitem recolher.

A *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças* adaptada para a população portuguesa, revela ser um instrumento útil no estudo de diferentes distúrbios (*e.g.* emocionais, *stress* pós-traumático, depressão) e também em estudos do efeito de diferentes programas de intervenção (Fonseca, 1992), como é o caso. É uma escala constituída por 37 itens divididos em duas escalas, 28 estão relacionados com vários aspetos da ansiedade-traço e 9 estão relacionados com a desejabilidade social, constituindo a escala de ansiedade e a escala de mentira (Dias & Gonçalves, 1999; Fonseca, 1992). Cada um dos itens é preenchido pela paciente consoante a afirmação é ou não verdadeira em relação a si, as respostas positivas são cotadas com 1 ponto e as negativas com 0 (Dias & Gonçalves, 1999). Segundo a investigação realizada por Fonseca (1992), a prova mostra boas características psicométricas, quer quanto à consistência interna e à fidelidade teste-reteste, como também quanto à validade concorrente e discriminante.

O *Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens – SEQ-C* (Nogueira, 2008), pretende medir a percepção das crianças e jovens relativamente à autoeficácia social, emocional e académica. É um instrumento de simples aplicação, constituído por 24 itens que permitem recolher informação correspondente a três níveis, emocional, social e académico (8 itens para cada nível), com apenas uma aplicação. Segundo o estudo realizado por Nogueira (2008), a consistência interna da prova é satisfatória e embora a confiança no teste-reteste ainda não estivesse bem determinada no momento da conclusão da investigação, a versão portuguesa do SEQ-C parece ser suficientemente válida e consistente para ser utilizada como medida de avaliação da autoeficácia.

A análise dos resultados teste-reteste de ambos os instrumentos vai permitir elaborar conclusões acerca da confirmação ou refutação das hipóteses colocadas nesta investigação. Além disso, ambas as provas são aferidas para a população portuguesa o que possibilita a posterior comparação dos resultados. Um último aspeto que também potenciou o uso e conhecimento de cada uma destas provas foi o facto de estarem à disposição no local de estágio onde se realizou o processo terapêutico.

3.5. Apresentação do caso: Paciente 2

A Rafaela é uma menina de 7 anos que frequenta o 2º ano do primeiro ciclo e há cerca de dois anos perdeu repentinamente o pai. Toda a família foi apanhada de surpresa com esta perda, ninguém sabia da existência de um aneurisma que o pai da Rafaela tinha e que rebentou durante o sono. Seguiu-se um processo de ajustamento conjunto, ao qual inicialmente a criança parecia ter reagido bem, no entanto, este processo pode tornar-se mais complicado para uma criança tão nova como a Rafaela que já é suficientemente crescida para perceber o que aconteceu, mas ainda muito nova para compreender as razões e o porquê de ter acontecido. Na sequência desta situação foram surgindo com o tempo alterações nas condutas da criança que estão relacionadas com a morte do pai, como o medo de andar sozinha pela casa, de entrar no seu quarto, rejeição em falar do pai, em ir ao cemitério, etc. Além disso, passado um ano de ter ocorrido esta situação traumática na vida da paciente, não só os comportamentos descritos anteriormente se mantiveram, como a criança começou a adoptar uma postura completamente diferente do que era habitual, tanto na escola como em casa, começando a prejudicar gravemente a sua vida diária. Segundo a sua mãe, passou de uma menina calma, sossegada e calada, para uma menina irrequieta e faladora. Este tipo de postura como a agitação e desconcentração, valeram-lhe a diminuição do seu rendimento escolar no 2º ano, uma vez que no 1º ano do primeiro ciclo teve uma adaptação óptima à escola e resultados muito bons. O facto da perda de um dos seus progenitores ter sido tão repentina e inesperada pode ter tornado mais

difícil a aceitação e o processo de luto da paciente mantendo-se ainda muito vincadas as alterações evidenciadas na paciente. O atual ambiente familiar mantém-se coeso e constitui o grande suporte da criança. Com a morte do pai houve inevitavelmente uma aproximação entre a Rafaela e a sua mãe, surgindo sinais de medo por parte da menina em ficar também sem a mãe, com isso ocorreu a perda de autonomia por parte de ambas. O único aspeto que permanece inalterado é a socialização da criança que se manteve intacta, tanto com os amigos da escola, como com qualquer outra pessoa. Além dos medos e evitamentos que demonstra, a paciente não evidencia sinais de tristeza aparente, porém é difícil tocar nos assuntos que a perturbam, pois adota uma postura defensiva e prefere liderar a conversa impondo outros temas de conversa. O processo terapêutico deste caso durou 8 meses, distribuindo-se por 18 sessões.

3.5.1. Processo de Pré – Avaliação

Instrumentos utilizados na pré-avaliação:

Pedido de Avaliação Psicológica (versão abreviada da Anamnese)

Anamnese Completa

Teste do desenho da família (Corman, 1979)

Prova “Era uma vez” (Fagulha, 2002)

Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM)

Teste de Completamento de Frases (Zelazowska)

Questionário de Comportamento da Criança – Relatório do Professor – TRF (ASEBA)

Questionário de Comportamento para Pais – CBCL (ASEBA)

Inventário de Medos para Crianças - FSSC-R (versão Portuguesa de Sá, 1999)

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III)

TPCT – Teste de Pensamento Criativo de Torrance (1974)

A avaliação inicial decorreu com o intuito de explorar mais aprofundadamente a problemática apresentada pela mãe da paciente na primeira sessão. Como tal, foram utilizados os instrumentos anteriormente descritos. A descrição mais detalhada deste processo encontra-se em anexo (Anexo G), assim como os resultados desta avaliação que foram representados na conceptualização do caso (Anexo H). Como resultado da informação recolhida na pré-avaliação, desenvolveu-se um esquema de formulação do caso, que será um útil guia para o processo de intervenção.

Formulação do Caso

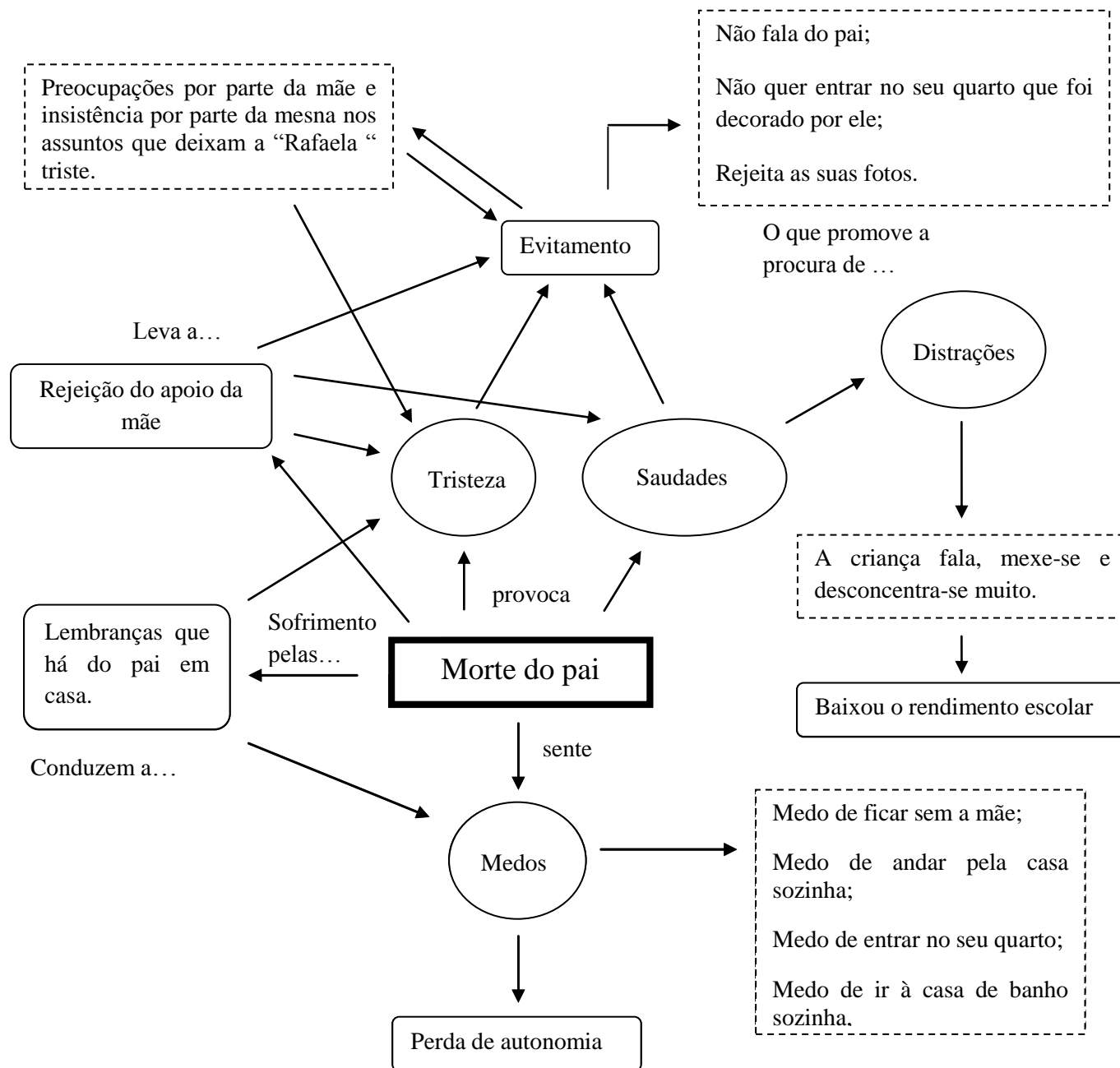


Figura 2. *Formulação do caso da Rafaela*

3.5.2. Processo de Intervenção

Plano de Intervenção

Objetivos e Estratégias de Intervenção

Objetivos	Estratégias de Intervenção
Desmistificar e eliminar o medo de entrar no quarto e na casa de banho.	Aproveitando o gosto que a criança tem pelo desenho livre, utilizar essa técnica lúdica para explicar à Rafaela, alguns aspetos sobre a morte, de modo a eliminar as suas inseguranças.
Criar na criança a capacidade de resolução dos seus problemas através da estimulação do desenvolvimento de alternativas.	Externalização do problema através de brincadeira faz-de-conta e de histórias infantis: para trabalhar a criação de alternativas através da resolução criativa de problemas (Modelo de Resolução Criativa de Problemas de Isaksen e Treffinger, 2004).
Desenvolvimento de uma maior autonomia na criança.	Exposição gradual às situações que provocam medo, neste caso o medo de estar no quarto e dormir sozinha. Planeamento dos passos a ultrapassar com a ajuda da mãe da paciente.
Fornecer à criança capacidades de eliminar os estímulos distrativos na sala de aula.	Role-play: simulação de conversa entre a Rafaela e as suas colegas, onde a criança lhes pede para a deixarem concentrar-se no que a professora está a dizer.
Intervir no contexto escolar através de um contrato comportamental e sistema de fichas realizado entre a criança, a professora e a psicóloga.	Aplicação de um jogo comportamental: “Vamos vencer os maus comportamentos” em sessão e monitorização dos comportamentos num sistema de fichas com o feedback da professora.
Continuar a trabalhar nos objetivos anteriores, mais especificamente no medo.	Continuar a aplicar as estratégias anteriores, principalmente a criação de alternativas para a resolução de problemas (Modelo de Resolução Criativa de Problemas de Isaksen e Treffinger, 2004). Óculos positivos.
Desenvolver o reconhecimento das diferentes emoções.	Brincadeiras faz-de-conta: associar cada verniz a um sentimento e fingir que estávamos na manicure a pintar as unhas e a falar de cada sentimento, à medida que pintávamos as unhas com a cor correspondente.
Trabalhar a relação da criança com as emoções negativas.	Óculos Positivos Criar histórias de vida de personagens que estavam, tristes, zangadas ou com medo e arranjar soluções para alterarem o seu estado de espírito.

Modalidade: Cognitivo-Comportamental

Nível de Intervenção: Individual

Frequência: Semanal

Nível de Envolvimento da família: Elevado

Intervenções Complementares: Apesar de não ter sido realizada nenhuma sessão a sós com a mãe da Rafaela, durante a intervenção surgiu a necessidade de introduzir a sua cooperação numa das estratégias utilizadas, transferindo-lhe o poder de agente de intervenção secundário. A mãe da criança teve o papel de controlar e orientar os comportamentos da filha à medida em que esta deixou de dormir no quarto da mãe e começou a dormir no seu próprio quarto.

Obstáculos à intervenção: Não houve nenhum tipo de obstáculo à intervenção.

Exemplos de intervenções cognitivo-comportamentais utilizadas em casos de medo e ansiedade relativa a determinada situação:

Embora o medo seja uma emoção normal, útil e necessária, com uma função adaptativa que suscita uma reação de proteção contra os perigos ou ameaças reais à integridade física e bem-estar da pessoa (Baptista, 2000; Copper – Royer, 2007; Valiente, Sadin, Chorot, & Tabar, 2003), pode também tomar proporções incapacitantes (Copper – Royer, 2007), interferindo com a vida quotidiana da pessoa. Neste caso específico, o medo é algo normativo tendo em conta a idade da paciente (Méndez, 2002), contudo, está a influenciar a sua autonomia e por isso deve ser realizada uma intervenção. Existem vários autores que defendem uma abordagem cognitivo-comportamental para intervir no medo e ansiedade infantil. Por exemplo, Beck evidencia a importância de um sistema de crenças para orientar o tratamento da informação (reestruturação cognitiva) e Bandura demonstra a importância da aprendizagem por imitação de modelos (modelagem) (para uma revisão ver Copper – Royer, 2007). Como eles, existem outros autores que defendem a importância da aplicação destas técnicas neste tipo de intervenção, bem como a utilização de muitas outras. As mais comuns são as técnicas de relaxamento, exposição e auto-afirmação (Copper – Royer, 2007, Méndez, 2002; Méndez, García, & Olivares, 1997), mas as hierárquias de medos, os jogos, imagens, manipulação de emoções (Méndez, 2002), técnicas operantes, modelagem (Méndez, García, & Olivares, 1997) e reestruturação cognitiva (Copper – Royer, 2007) também são ótimas estratégias que frequentemente são utilizadas em crianças. Existe ainda a dessensibilização sistemática, que costuma ser muito eficaz e utilizada nestes casos (Copper – Royer, 2007, Méndez, 2002; Méndez, García, & Olivares, 1997), mas a maioria dos autores recomenda que seja usada apenas a partir dos 9-11 anos, devido às dificuldades das crianças mais novas em concentrar-se no exercício e relaxarem, permanecendo imóveis (Méndez, García, & Olivares, 1997). Por fim, é importante ter em conta o tipo de relação terapêutica que se desenvolve com o paciente. Como foi fundamentado na metodologia no primeiro caso, há grande influência desta aliança no decorrer da intervenção. É por isso fundamental, criar uma relação de confiança e segurança para que a criança se sinta segura e à vontade para se expor a todas as atividades propostas.

Procedimento:

Todas as ações e estratégias desenvolvidas ao longo de 18 sessões tiveram o intuito de alcançar os objetivos propostos, através da integração do modelo de Resolução Criativa de Problemas

(Isaksen & Treffinger, 2004) e das técnicas cognitivo-comportamentais associadas à intervenção desta problemática em crianças. A descrição detalhada de todas as atividades desenvolvidas e as respectivas sessões encontram-se em anexo (Anexo I).

3.5.3. Processo de Pós – Avaliação

Após um período de intervenção direta com a paciente procedeu-se à avaliação das mudanças e alterações verificadas durante esse processo. Para tal, utilizaram-se os instrumentos que seguidamente serão descritos. A descrição mais detalhada desta etapa encontra-se em anexo (ver Anexo J).

Instrumentos utilizados na pós-avaliação:

Prova “Era uma vez” (Fagulha, 2002)

Inventário de Medos para Crianças - FSSC-R (versão Portuguesa de Sá, 1999)

Descrição dos instrumentos utilizados:

Embora a problemática apresentada neste caso tenha requisitado a aplicação de uma grande variedade de instrumentos na pré-avaliação, apenas duas destas provas foram novamente aplicadas na pós-avaliação, o *Inventário de Medos para Crianças - FSSC-R* (versão Portuguesa de Sá, 1999) e a prova “Era uma vez” (Fagulha, 2002) (ver questionários em Anexo K). O objetivo foi verificar os níveis de medo e o modo como a criança elabora as suas emoções no final da intervenção realizando uma comparação entre a pré e a pós avaliação. Tal como no caso anterior, a escolha de cada um dos instrumentos assenta na sua funcionalidade e tipo de informação que permitem adquirir.

O *Inventário de Medos para crianças*, adaptado de uma revisão feita por Ollendick (1983), revela ser um instrumento útil tanto no diagnóstico inicial, avaliando os medos mais comuns nas crianças, bem como na avaliação dos resultados de uma intervenção indo de encontro ao que se pretende nesta investigação. É uma prova constituída por 74 itens, a resposta a todos estes itens numa escala de 1 a 3 fornece o resultado total de medo e o resultado respectivo a cinco factores, medo de insucesso e críticas, medo do desconhecido, medo de acidentes e pequenos animais, medo de perigo e da morte e medos médicos. A idade de aplicação deste instrumento vai dos 7 aos 18 anos. Segundo o estudo realizado sobre esta prova (Ollendick, 1983), há evidências de que existe uma boa consistência interna, boa fidelidade e boa validade, bem com a estabilidade da sua estrutura factorial em diferentes amostras, idades e países, o que faz deste inventário um óptimo instrumento de avaliação. Porém, existe uma limitação relativamente à aplicação dos seus dados à população

portuguesa. Existe escassez de dados de aplicação do *Inventário de Medos para crianças* na população portuguesa, o que implica a utilização de dados de amostra de outros países, retirando legitimidade aos dados que se retirarem desta aplicação.

A prova projectiva “*Era uma vez*”, não integra o conjunto de técnicas utilizadas na abordagem cognitivo-comportamental, mas é um instrumento adequado às crianças e permite descrever a forma como estas elaboram as emoções (nomeadamente a ansiedade e o prazer) e os seus estados afetivos, que têm uma função extremamente importante no desenvolvimento psicológico (Fagulha, 2002). É uma prova que pode ser aplicada em crianças dos 5 aos 11/12 anos e necessita de ser aplicada pelo terapeuta, não é preenchida pelo paciente, ao contrário das anteriores. O que se pretende é que através de um cartão-estímulo que conta uma história inacabada, a criança escolha de entre 9 imagens, as 3 com as quais pretende completar a história. Em cada uma das 7 histórias representadas existem 9 cartões à escolha que representam cenas de aflição, fantasia e realidade. É através do tipo de cartão que os pacientes escolhem e do tipo de história que contam que se vão retirar as conclusões acerca dos resultados. Todas as histórias acabam com um final feliz, mostrado pelo terapeuta através do cartão nº10 de cada cartão-estímulo.

A análise dos resultados teste-reteste de ambos os instrumentos vão permitir elaborar conclusões acerca da confirmação ou refutação das hipóteses colocadas nesta investigação. Além disso, são ambas provas de fácil aplicação, uma é aferida para a população portuguesa (*Inventário dos Medos para Crianças*) e a outra foi construída a partir de uma amostra de crianças portuguesas (“*Era um vez*”) e como tal, estão adaptadas ao caso em que foram aplicadas. Um último aspeto que potenciou o uso e conhecimento de cada uma destas provas foi o facto de estarem à disposição no local de estágio onde se realizou o processo terapêutico.

4. Resultados

4.1. Resultados da avaliação e intervenção realizada no caso da paciente 1

- Análise da Pré-Avaliação

A avaliação dos resultados recolhidos antes da intervenção revela na jovem problemas emocionais relacionados com a imagem e com a socialização. Por detrás destas problemáticas foram identificados pensamentos automáticos negativos que estão enraizados nas construções perceptivas da adolescente (*e.g.* “eu sou feia”; “preferia morrer a ser como sou”; “as outras são

melhores do que eu”; “vão gozar porque sou gorda”) e que influenciam fortemente o seu estado emocional, alterando por sua vez os comportamentos. Como tal, a intervenção deverá recair inicialmente sobre esses aspetos para que a adolescente fique livre destes pensamentos desajustados, que segundo a avaliação feita comandam a sua vida. A fase inicial deste caso foi concluída com sucesso e a quantidade de instrumentos utilizados, bem como o diálogo estabelecido ao longo das sessões permitiram recolher informação suficiente de modo a percebermos com clareza quais as dificuldades vivenciadas pela Bárbara e o porquê da existência das mesmas.

Uma mais-valia para este processo foi a própria paciente, que embora não tenha decidido vir por vontade própria às sessões, encarou muito bem esta oportunidade e tem maturidade suficiente para fornecer informação acerca dos seus estados intrínsecos, o que não acontece com a maioria dos adolescentes. Também a relação terapêutica construída é reconhecida como aspeto positivo, uma vez que parece ter sido fundamental para que a adolescente conseguisse retirar o máximo de cada sessão e regressasse sempre com motivação.

Analisando quantitativamente dois dos instrumentos utilizados nesta fase, verifica-se que existem discrepâncias em relação às médias em ambas as provas. No caso da *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças* (adaptação de Fonseca, 1992), os resultados obtidos pela Bárbara revelam níveis elevados de ansiedade (24) que não se deveriam verificar tendo em conta a idade e género da jovem (19,68). Além disso, verificou-se que muitas das situações que preocupam a adolescente são concordantes com os sintomas sentidos nos pacientes com perturbação de ansiedade social (American Psychiatric Association, 2002). Deste modo, surge a necessidade de intervir no sentido a eliminar a ansiedade quando a paciente se depara com as situações que neste momento propiciam o seu mau-estar.

Com a aplicação do *Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens - SEQ-C* (Nogueira, 2008), foram obtidos resultados diversificados nos diferentes níveis que a prova avalia. Apenas a nível académico a Bárbara demonstra sentir-se eficaz, tendo em conta os resultados da amostra de comparação. Contudo, a nível social, emocional e global da autoeficácia, a sua segurança não é tanta e a paciente demonstra uma perceção abaixo do que seria de esperar relativamente aos indivíduos do sexo feminino. O problema parece estar assente na socialização com desconhecidos ou em situações em que a Bárbara se tem de expor, ficando vulnerável a possíveis juízos de valor (*e.g.* Consigo contar um acontecimento engraçado a um grupo de colegas – Nunca; Consigo ter uma conversa com uma pessoa que não conheço – Nunca). Estes resultados evidenciam a degradação do estado emocional da paciente que afirma não ter poder sobre as suas

emoções, estados de espírito e reações, o que condiciona verdadeiramente os seus comportamentos e atitudes face a qualquer situação.

A análise mais detalhada dos resultados obtidos e dos quadros de ambas as provas encontra-se em anexo (Anexo L).

Os resultados obtidos até agora vão de encontro à história clínica e pessoal da Bárbara, identificando de modo mais detalhado a etiologia de todos os seus sintomas. Embora os dois questionários anteriores sejam essenciais na recolha de informação útil para a conclusão desta dissertação, existem outros instrumentos de avaliação (*e.g.* Teste de pensamento criativo de Torrance e Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição) que também nos podem dar a conhecer informação relevante para a questão de investigação colocada. Como tal, justifica-se a aplicação e a análise destas duas provas na fase de pré-teste e posteriormente a re-aplicação de apenas uma delas na fase de pós-teste. Os resultados obtidos na aplicação realizada antes da intervenção, permitem concluir que a Bárbara é uma jovem com plenas capacidades cognitivas, situando-se na média (90 – 110) relativamente à amostra que representa a sua faixa etária. A paciente revela ainda indicadores de criatividade médios para a sua faixa etária e em termos de fluência de ideias, ou seja a produção e rapidez ideativa, também apresenta um resultado adequado à sua idade. No entanto, em termos de flexibilidade e originalidade, os resultados situam-se abaixo do esperado, de acordo com os estudos portugueses de Oliveira (2007) e Bahia (2007). A flexibilidade refere-se à criação de ideias diferentes face a um mesmo estímulo, enquanto que a originalidade é um critério de infrequência estatística no sentido em que se valoriza a capacidade de pensar em ideias diferentes das dos pares. Em termos de elaboração, ou seja, a capacidade de comunicar com pormenor uma ideia a Bárbara também apresenta um resultado inferior ao que seria esperado para a sua idade, do mesmo modo que a expressividade emocional também fica aquém relativamente aos resultados da amostra comparativa. O quadro representativo destes valores encontra-se em anexo (Anexo M).

Ao finalizar a fase de pré-avaliação confirma-se a existência da perturbação de ansiedade social. Mais uma vez se verificou a pertinência dos instrumentos utilizados, que conseguiram obter informação essencial no que diz respeito aos comportamentos, crenças e atitudes da paciente. As conclusões obtidas nesta etapa foram determinantes para o decorrer de todo o processo de intervenção e consequentemente para a pós-avaliação, ditando em parte, que tipo de desfecho terá o caso.

- Análise da Pós-Avaliação

O início da fase de pós-teste iniciou-se uma semana após o final do processo de intervenção. De entre o leque de provas utilizadas na fase de pré-avaliação, apenas duas provas foram novamente aplicadas, a *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças* (adaptação de Fonseca, 1992) e o *Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens – SEQ-C* (Nogueira, 2008). Analisando quantitativamente os dois instrumentos aplicados nesta fase posterior da avaliação, verifica-se também a existência de discrepâncias entre os valores alcançados e os valores normativos, mas desta vez as diferenças encontradas na *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças* são abaixo da média e no *Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens - SEQ-C* são acima da média, representando um conjunto de resultados positivos após a realização da intervenção.

Na aplicação pós-teste da *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças* (adaptação de Fonseca, 1992), verifica-se que os resultados obtidos pela Bárbara demonstram que relativamente à escala global de ansiedade a paciente obteve um resultado (9) abaixo do que seria normativo (19,68) evidenciando que os seus níveis de ansiedade estão mais baixos, até relativamente ao que seria normal para a sua idade e género. Esta discrepância atinge mais de um desvio-padrão de diferença (6,14) verificando-se a possível aquisição de mecanismos de defesa, por parte da paciente contra situações consideradas ansiogéneas (*e.g.* reestruturação dos mecanismos de pensamento e processamento de informação; aquisição de competências para a resolução de problemas, auto-gestão emocional etc).

Com a nova aplicação do *Questionário de Auto-avaliação da Eficácia para Jovens - SEQ-C* (Nogueira, 2008), todos os resultados obtidos estão situados acima da média, revelando a existência de alterações na auto-perceção da paciente. Estes valores deixam transparecer a confiança que a paciente adquiriu ao longo do processo de intervenção relativamente aos campos mais problemáticos, o da socialização e exploração emocional. Esta pontuação evidencia o trabalho que foi sendo feito na intervenção e a motivação e confiança que a jovem tem neste momento, o que a faz acreditar que é capaz de ultrapassar qualquer obstáculo. O progressivo aumento da autoeficácia da jovem em todos os níveis veio promover também o aumento da autoeficácia a nível global, o que favorece a resolução de problemas, na medida em que a jovem acredita mais nas suas competências e aplica-as às situações adversas que possam surgir.

A descrição mais detalhada dos resultados obtidos e quadros de ambas as provas, bem como das inferências realizadas nesta análise encontram-se em anexo (Anexo N).

Como anteriormente foi referido, também se procedeu novamente à aplicação do *Teste de pensamento criativo de Torrance*, onde se verificou um aumento na produção de ideias na atividade

3 da fase pós-teste. No entanto as restantes dimensões mantêm-se mais ou menos constantes (ver Quadro 2. em anexo M). Neste caso, a dimensão em que se evidenciaram mais ganhos foi na fluência, que se refere à adequação e que acabou por ser responsável pelos ganhos verificados nos outros elementos da criatividade.

Ao longo deste processo de pós-avaliação podemos ainda fazer a análise das capacidades da paciente para resolver os problemas que foram sendo propostos ao longo da intervenção. Através do Quadro 2. em anexo (Anexo N), que evidencia o trabalho do sistema cognitivo da Bárbara na avaliação dos problemas e criação de alternativas, podemos verificar um aumento gradual da flexibilidade de pensamento da jovem. Com a informação descrita, torna-se evidente que o desenvolvimento do pensamento da paciente através da aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas (Isaksen & Treffinger, 2004) favoreceu ao longo do tempo o aumento das alternativas criadas para a resolução de cada problema. Neste sentido, os resultados obtidos mostram que, neste caso em particular, à medida que o tempo foi passando e o CPS foi sendo aplicado, as alternativas criadas foram aumentando mesmo nos problemas mais complexos (*e.g.* nos quais a jovem teria de utilizar determinado objeto). Embora não esteja representado qualitativamente nesta secção, se analisarmos o Anexo D, onde estão descritas em pormenor todas as alternativas que a adolescente criou para cada problema, torna-se evidente o aumento não só do número de alternativas criadas, mas também da elaboração e aplicabilidades das mesmas.

Com a realização da pós-avaliação é possível perceber que após o trabalho interventivo que foi realizado ao longo de alguns meses a ansiedade da adolescente diminuiu face às situações identificadas como temidas. Além disso, não só houve um aumento da perceção da sua autoeficácia em todos os níveis, como aumentou também a capacidade de resposta da Bárbara face a qualquer problema que surja.

- Análise das diferenças encontradas entre os resultados da pré e pós-avaliação

Ao analisar em pormenor os resultados obtidos na pré e pós-avaliação, torna-se necessário realizar também uma análise às diferenças encontradas em cada instrumento. Os Quadros 1 e 2 representam de modo mais esquematizado as discrepâncias que se verificam no preenchimento de cada instrumento, em momentos diferentes da vida da paciente.

Focando as pontuações obtidas na *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças*, adaptada por Fonseca (2002) (Quadro 1.), verificamos a existência da enorme discrepância entre os valores da escala de ansiedade global da pré-avaliação e os valores dessa mesma escala na pós-avaliação. A diferença é de 15 pontos, passando de uma avaliação inicial onde o nível de ansiedade global estava

acima da média, para uma avaliação final onde os valores estão a mais de um desvio-padrão abaixo da média. O processo interventivo teve claramente um papel fundamental nesta mudança, ajudando a paciente a controlar as suas reações emocionais e cognitivas, favorecendo a abordagem ao problema ou situação.

Quadro 1. *Resultados obtidos pela paciente 1 na Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças, ao longo do processo global de avaliação (pré e pós).*

Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças: Pré-avaliação Idade: 13; Sexo: Feminino		Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças: Pós-avaliação Idade: 13; Sexo: Feminino	
Escala de Ansiedade Global (T=37)	Média normativa: 19,68 Dp normativo: 6,14 Média alcançada: 24	Escala de Ansiedade Global (T=37)	Média normativa: 19,68 Dp normativo: 6,14 Média alcançada: 9
Escala de Mentira (T=9)	Média Normativa: 5,15 Dp normativo: 2,93 Média alcançada: 3	Escala de Mentira (T=9)	Média normativa: 5,15 Dp normativo: 2,93 Média alcançada: 3

Porém, os resultados da intervenção realizada não se verificaram apenas no decréscimo dos níveis de ansiedade. Analisando o *Questionário de Auto-avaliação da Eficácia para Jovens - SEQ-C* (Nogueira, 2008) (Quadro 2.), é evidente a subida que houve em todos os níveis da prova (Académica, Social e Emocional) favorecendo o grau de autoeficácia global percebido pela paciente. Na aplicação pré-teste, tornaram-se evidentes os problemas de socialização e de controlo das emoções que a adolescente possuía, não só pelos índices muito baixos de autoeficácia global, social e emocional, mas também pela descrição dos seus comportamentos. Passados 7 meses de intervenção semanal, a repetição da prova na fase pós-teste mostra resultados muito diferentes dos obtidos na fase de avaliação inicial. A paciente conseguiu subir os seus resultados em 7 pontos no nível académico; em 19 no nível social; em 30 pontos no nível emocional e 56 no nível de autoeficácia global. Após a intervenção a jovem mostra-se confiante nas suas capacidades, atingindo níveis mais altos de perceção da autoeficácia. No momento da aplicação do questionário na pós-avaliação a Bárbara já tinha enfrentado a primeira semana de aulas e foi capaz de ultrapassar algumas situações inesperadas, que no ano passado a fariam bloquear. Estes progressos explicam também a enorme subida do nível emocional que na fase de pré-avaliação era o nível mais afetado com uma menor pontuação e na pós-avaliação surge como o nível mais forte. A relação que existe entre o controlo das próprias emoções, a maneira como lida com as situações e a perceção de autoeficácia, fazem com que os progressos que a jovem foi conquistando ao longo destes meses lhe tenham transmitido que realmente consegue superar qualquer dificuldade.

Quadro 2. Resultados obtidos pela paciente 1 no Questionário de Auto-avaliação da Eficácia para Jovens - SEQ-C no processo global de avaliação (pré e pós)

Questionário de Auto-avaliação da Eficácia para Jovens – SEQ-C: Pré-avaliação		Questionário de Auto-avaliação da Eficácia para Jovens – SEQ-C: Pós-avaliação	
Sexo: Feminino		Sexo: Feminino	
Autoeficácia ao nível académico (T=8)	Média normativa: 27,82 DP normativo: 5,28 Média alcançada: 30	Autoeficácia ao nível académico (T=8)	Média normativa: 27,82 DP normativo: 5,28 Média alcançada: 37
Autoeficácia ao nível social (T=8)	Média normativa: 23,17 DP normativo: 3,67 Média alcançada: 15	Auto -eficácia ao nível social (T=8)	Média normativa: 23,17 DP normativo: 3,67 Média alcançada: 34
Auto -eficácia ao nível emocional (T=8)	Média normativa: 22,79 DP normativo: 4,48 Média alcançada: 9	Auto -eficácia ao nível emocional (T=8)	Média normativa: 22,79 DP normativo: 4,48 Média alcançada: 39
Nível Total de Auto -eficácia (Acad. + Soc + Emo)	Média normativa: 73,79 DP normativo: 9, 82 Média alcançada: 54	Nível Total de Auto -eficácia (Acad. + Soc + Emo)	Média normativa: 73,79 DP normativo: 9, 82 Média alcançada: 110

Além de analisar e comparar as diferenças alcançadas entre a pré e pós-avaliação nos instrumentos que avaliam os níveis de ansiedade e autoeficácia, é extremamente importante perceber se houve alguma alteração relativamente aos níveis de criatividade demonstrados em tarefas de pensamento criativo. Como se pode verificar no Quadro 3 em anexo (Anexo M), ocorreram grandes modificações em alguns componentes da criatividade após a realização da intervenção. A comparação entre as duas aplicações (pré e pós avaliação) é um bom suporte para que se veja com maior clareza que, em termos globais, houve um aumento de algumas dimensões da criatividade.

A evolução de todos os resultados que se verificou na fase da pós-avaliação deve-se a um conjunto de factores que determinaram o desenvolvimento favorável deste processo. O tipo de intervenção que foi sendo desenvolvida permitiu trabalhar vários campos da vida da paciente (ver Anexo O), bem como a relação terapêutica que se desenvolveu e ficou forte e coesa. Também a motivação da jovem sempre foi um motor de arranque para que esta arriscasse nos seus comportamentos. Todos estes factores determinaram as visíveis melhorias que a pós avaliação pode determinar.

4.2. Resultados da avaliação e intervenção realizada no caso da paciente 2

- **Análise da Pré-Avaliação**

Avaliar inicialmente a Rafaela foi um processo divertido e pouco complexo. A criança é muito simpática, faladora e cooperante nas atividades propostas, demonstrando sempre muito entusiasmo em vir às sessões e em contar tudo o que lhe aconteceu durante a semana. Facilmente se estabeleceu a relação terapêutica, pois é uma criança que retribui a atenção que lhe é dada e adquire confiança para com os outros muito rapidamente, por vezes até demais. Ao ser identificada a problemática que afetava a criança, através da entrevista clínica com a sua mãe, o que se pretendia saber era a etiologia de todos os seus receios que embora estivessem enquadrados nos medos típicos das crianças da sua idade (Méndez, 2002), estavam a perturbar a funcionalidade da paciente e do resto da família. Após a aplicação de inúmeras provas sem que surgisse qualquer resposta que pudesse corresponder à explicação dos seus medos, reações em relação à escola e até mesmo à morte do pai, tomou-se a decisão de focar diretamente os problemas e não permitir que a Rafaela fugisse às questões que eram fundamentais. Deste modo, não foram necessários mais instrumentos de avaliação quantitativos, uma conversa bastou para que a criança finalmente explicasse, com muita maturidade para os seus sete anos, o que se estava a passar. O essencial foi ser direto e falar abertamente dos problemas que existiam, mesmo com uma criança tão pequena. Contudo, todos os instrumentos de avaliação aplicados foram igualmente importantes para compreender a situação global da criança, os vários domínios psicológicos e os diferentes contextos, especialmente o *Inventário de Medos para Crianças – FSSC-R* (versão Portuguesa de Sá, 1999) e a prova “*Era uma vez*” (Fagulha, 2002). Portanto através de todo o processo avaliativo inicial, comprovaram-se a existência de medos e determinaram-se as causas que alimentam a rejeição em falar sobre o pai. As razões que provocaram ou provocam a desconcentração da criança na escola foram exploradas, mas não foram encontradas razões conclusivas que explicassem esse tipo de comportamento. Pode existir um problema de concentração ou a sua impulsividade pode também servir de mecanismo de defesa para evitar determinados assuntos ou dificuldades, à semelhança do que acontece nas sessões.

Analisando quantitativamente e qualitativamente as duas provas anteriormente referidas, verifica-se que os resultados obtidos não são, na sua maioria, concordantes com a problemática trazida pela mãe da paciente. Começamos por interpretar os dados recolhidos com a aplicação do *Inventário de Medos para Crianças - FSSC-R*. Os resultados obtidos pela Rafaela foram comparados com a média de medos de uma amostra de crianças americanas e embora o instrumento

esteja adaptado à população portuguesa (Sá, 1999), existe escassez de dados para a população portuguesa, o que leva a que todas as investigações e aplicações se guiem pela amostra americana. Esta é uma lacuna grave, no entanto poderá fornecer informação quantitativa e qualitativa importante para o caso desta paciente. Comparando alguma investigação portuguesa já realizada no que diz respeito à aplicação destes questionários, com a investigação realizada por Ollendick (1983), conclui-se que a média de medos das crianças portuguesas é claramente superior à das crianças americanas. Neste sentido, parece que a Rafaela é uma criança portuguesa que foge do resto da escassa amostra na qual o instrumento já foi aplicado, uma vez que a nível de intensidade (113) e frequências (11) dos medos, verificou-se que a criança obteve resultados inferiores à média comparativa americana (129 e 17 respectivamente). Se segundo algumas investigações (para uma revisão ver Fonseca, 1993; Ollendick, 1983) se conseguiu chegar à conclusão de que as crianças portuguesas têm em média mais medos do que as crianças americanas, tomarei isso como referência e se a paciente ficar abaixo ou corresponder à média dos dados normativos americanos, posso concluir que provavelmente não há necessidade de ficar alerta, uma vez que os dados para a população portuguesa tendem a exibir valores superiores.

Deste modo, ao analisar os 5 níveis que esta prova avalia, verifica-se que apenas o medo de Acidentes e Pequenos Animais se encontra acima da média. A Rafaela alcançou um resultado (30) um pouco acima da média normativa americana (28). Embora a diferença não seja significativa, uma vez que não chega a um desvio-padrão de diferença, ao ultrapassar a média americana podemos perguntar-nos se é um medo com intensidade normal ou não para a população portuguesa. Os restantes níveis evidenciaram interferir muito pouco com a vida da criança, sendo medos que se manifestam com muito pouca intensidade, ficando abaixo da média da amostra americana. Concluindo, a nível qualitativo as situações que saltam à vista são correspondentes aos medos típicos na infância, (*e.g.* que assaltem a sua casa, perder-se num lugar desconhecido, apanhar uma injeção, etc.) não tendo sido obtido mais nenhum tipo de informação relevante para o caso. Embora estes dados não evidenciem correspondência direta com o quadro sintomatológico da Rafaela e com os medos que ela possui, a criança identifica alguns medos que estão relacionados com os comportamentos que esta exibe (*e.g.* medo de fantasmas, etc). Uma possível interpretação pode ser o facto de os medos da paciente estarem todos relacionados apenas com um acontecimento, a morte do pai e por isso a criança não evidenciar, em excesso, sinais da presença de outro tipo de medos.

Quanto à prova “*Era uma vez*”, a aplicação de 7 histórias para completar levam-nos a verificar que em muitas destas histórias pode ter havido a representação das próprias rotinas da Rafaela, apesar de nunca ter feito qualquer comparação entre a menina da história e ela própria. Sendo assim,

coloca-se a hipótese de que a única situação em que a criança parece não estar preparada para lidar com a ansiedade e com as emoções negativas associadas é no contexto escolar, onde pode existir algum tipo de estigma relativamente às suas capacidades e às dos outros meninos. Nas situações em que ocorrem pesadelos e a paciente não está apoiada pela mãe também se verifica alguma aflição e pouca capacidade por parte da Rafaela para superar estas adversidades. Nas histórias representativas destas situações houve uma projecção dos receios da criança e de como os tenta resolver, evidenciando o forte vínculo parental e a incapacidade em lidar com os problemas na escola, sendo necessário recorrer à fantasia. A análise mais pormenorizada de ambas as provas encontra-se em anexo (Anexo L), juntamente com as tabelas representativas dos valores obtidos na pré-avaliação.

Embora os dois questionários anteriores sejam os únicos capazes de recolher informação útil para aferir as hipóteses desta dissertação, existem outros instrumentos de avaliação (*e.g.* Teste de Pensamento Criativo de Torrance e Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição) que nos podem dar a conhecer informação relevante para a questão de investigação colocada. Como tal, é necessário realizar a análise destas duas provas na fase de pré-teste e repetir o Teste de Pensamento Criativo de Torrance na fase pós-teste, com o intuito de avaliar se houve alteração no nível de criatividade da criança após a intervenção.

Através dos resultados evidenciados no Quadro 4 em anexo (Anexo M), concluímos que a Rafaela é uma jovem com plenas capacidades cognitivas, situando-se no nível médio superior (110 - 120) relativamente à amostra da sua faixa etária. A partir da análise das atividades 2 e 3 da Bateria de Torrance (1974) verifica-se que a Rafaela apresenta indicadores de criatividade superiores à média para a sua faixa etária, nomeadamente em termos de originalidade e expressividade. Consegue pensar de forma rápida em várias ideias diferentes e fá-lo de forma flexível e original. Consegue também comunicar essas ideias de forma clara, expressiva e detalhada, o que revela uma criatividade elevada para a idade.

Ao finalizar a fase de pré-avaliação, verifica-se a existência de alguma ansiedade a situações quotidianas, como ter pesadelos ou situações de exposição na escola e através de uma avaliação mais qualitativa identificou-se um padrão de medos mais incapacitantes relacionados com a morte do seu pai. Alguns destes acontecimentos parecem estar a influenciar negativamente o dia-a-dia da paciente e da sua família, é por isso essencial identificá-los para que se proceda à intervenção. Todos os restantes medos identificados enquadra-se nos medos normais para a sua idade. Houve, de resto total pertinência em todos os instrumentos utilizados, que conseguiram obter informação essencial no que diz respeito aos comportamentos, crenças e atitudes da paciente. No entanto, o diálogo, a relação terapêutica e uma avaliação mais direta foram os elementos essenciais na avaliação inicial

realizada, conseguindo obter informações determinantes para o decorrer de todo o processo, quer na intervenção, como consequentemente na pós-avaliação.

- Análise da pós-avaliação

O início da pós-avaliação no caso da paciente 2 iniciou-se duas semanas após terminar a avaliação. Ao longo desta etapa, e como já foi referido, apenas duas provas foram novamente aplicadas, o *Inventário de Medos para Crianças - FSSC-R* (versão Portuguesa de Sá, 1999) e a prova “Era uma vez” (Fagulha, 2002).

Analisando quantitativamente a aplicação pós-avaliativa do *Inventário de Medos para Crianças – FSSC-R*, há que referir novamente que os dados normativos de comparação desta prova provêm de uma amostra de crianças americanas por falta de dados de aplicação à população portuguesa. Posto isto, o modelo de comparação entre as duas amostras vai obedecer ao critério tomado em consideração na análise da pré-avaliação. Desta maneira, no presente instrumento de avaliação verifica-se que nem a intensidade (117), nem a frequência (12) dos medos descritos ultrapassam o valor normativo (129 e 17 respectivamente), o que evidencia mais uma vez que a Rafaela tem medos apropriados à sua idade e que estes não representam qualquer tipo de bloqueio na vida da criança. No entanto, a reaplicação deste inventário evidencia, de modo não significativo, que não só no medo de Acidentes e pequenos animais a paciente obteve um total de 31 superando a média americana (28), mas também nos Medos médicos se ultrapassou por um valor o que seria normativo nos Estados Unidos (7). Em todos os restantes medos, as pontuações obtidas foram iguais ou abaixo da média, não apresentando sinais de preocupação. Relativamente aos medos classificados como mais fortes, encontram-se “queimar-me no fogo”; “não poder respirar; micróbios ou apanhar uma doença grave”; “levar uma injeção” ou “um ladrão assaltar a nossa casa”, etc. Estes receios da criança correspondem a alguns dos medos mais frequentes na infância (Fonseca, 1993; Méndez, 2002), como tal, mais uma vez há evidências de que o tipo, a frequência e intensidade dos medos da Rafaela não influenciam fortemente a sua conduta e problemática.

Na segunda prova aplicada na pós-avaliação do caso da paciente 2, “Era uma vez”, foram obtidos resultados qualitativos que, tal como na avaliação anterior (pré), se encontram divididos em sete situações diferentes, correspondentes ao número de cartões estímulo mostrados à paciente durante a prova. Analisando a reação da criança na aplicação da prova após a intervenção, verifica-se que apenas em duas ocasiões a Rafaela não esteve apta para resolver a situação, fosse com cenas de realidade ou fantasia, nomeadamente nas situações que envolvem a doença e o contexto escolar. Talvez a morte do pai esteja relacionada com a ansiedade que a criança criou face a estes

acontecimentos, pois foi após a sua morte que estes receios e reações surgiram. Apesar da maior reação de aflição evidenciada nestas situações, a Rafaela, demonstra confiança em si própria e respondeu positivamente à resolução e ultrapassagem de todas as outras situações, que por vezes poderiam representar acontecimentos problemáticos. A descrição mais detalhada e o quadro representativo dos valores obtidos em ambas as provas encontra-se em anexo (Anexo N).

Tal como os instrumentos anteriores, também se procedeu novamente à aplicação do *Teste de pensamento criativo de Torrance*, onde se verificou que os resultados se mantêm claramente acima da média do que é esperado para a sua idade e há ganhos em termos de originalidade no pós-teste das atividades 2 e 3 (ver tabela 5 em anexo M).

Com este processo de pós-avaliação podemos ainda fazer a análise das capacidades da paciente para resolver os problemas que foram sendo propostos ao longo da intervenção. Neste caso, a informação fornecida através do Quadro 4 em anexo (Anexo N) não é tão clara, como no caso anterior. Contudo é notório o desenvolvimento do pensamento da paciente ao longo da aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas (Isaksen & Treffinger, 2004) e consequentemente, o aumento das alternativas criadas para a resolução de cada problema. Neste sentido, os resultados obtidos mostram que à medida que o tempo foi passando e o CPS foi sendo aplicado, as alternativas criadas foram aumentando e mantendo-se. Relativamente ao caso da Rafaela vale a pena salientar que mais importante do que o aumento das alternativas criadas, foi o aumento da elaboração e aplicabilidade de cada alternativa criada e isso pode observar-se nas descrições das sessões realizadas (ver Anexo I).

Ao longo deste processo verificaram-se ainda algumas evoluções, não relativamente ao nível de medos da criança, mas sim quanto ao modo como a paciente lida com eles. Com estes meses de intervenção, a Rafaela, aprendeu a superar os medos que tinha relativamente à morte do pai e conseguiu voltar a dormir no seu quarto, algo que já não fazia à quase dois anos, desde que o seu pai faleceu. Também ganhou maior autonomia em casa, uma vez que já não depende da companhia da mãe para ir à casa de banho. O que quero com isto dizer é que neste caso os resultados da intervenção não se traduzem tão nitidamente nos valores das provas aplicadas, mas sim nas metas alcançadas pela criança. Ainda assim, é visível nestes resultados, um aumento da flexibilidade do pensamento da criança, nomeadamente na prova “*Era uma vez*” e também uma maior afinidade com o terapeuta que se revelou ter sido fundamental para tocar em certos assuntos mais sensíveis.

- Análise das diferenças encontradas entre os resultados da pré e pós-avaliação

Tal como no caso anterior, ao analisar em pormenor os resultados obtidos na pré e pós avaliação torna-se necessário realizar também uma análise às diferenças encontradas em cada instrumento. Os Quadros 3 e 4 representam de modo mais esquematizado as discrepâncias que se verificam no preenchimento de cada instrumento, em momentos diferentes da vida da paciente.

Relativamente ao *Inventário de Medos para Crianças – FSSC-R*, as diferenças verificadas entre os resultados da pré e pós avaliação foram mais qualitativas do que quantitativas. Quando colocados lado a lado os valores das duas aplicações (Quadro 3.), não há discrepâncias muito significativas. O valor das variáveis em relação à média mantém-se, excepto em duas que mesmo assim não alcançam uma diferença muito significativa. A intensidade e a frequência dos medos, embora aumente na segunda aplicação, continua abaixo do que seria a média para a idade da Rafaela. No entanto, o que se verificou de maneira mais visível foi uma mudança no tipo de medos assinalados. O medo de fantasmas foi referido como sendo muito forte na primeira aplicação da prova e na pós-avaliação a criança já refere que não tem medo. Esta mudança está associada à intervenção, onde foram trabalhados os medos que influenciavam a conduta da paciente em casa.

Em suma, com os resultados quantitativos desta prova em ambas as aplicações não mostram evidências de medos desajustados para a idade da Rafaela, nem uma intensidade fora do normal prejudicando a criança.

Quadro 3. *Resultados obtidos pela paciente 2 no Inventários dos Medos para Crianças – FSSC-R ao longo do processo global de avaliação (pré e pós).*

Inventário dos medos para crianças: Pré-avaliação Idade: 7		Inventário dos medos para crianças: Pós-avaliação Idade: 7	
Insucesso e Críticas	Média normativa: 39 Dp normativo: 8,3 Média alcançada: 28	Insucesso e Críticas	Média normativa: 39 Dp normativo: 8,3 Média alcançada: 28
Desconhecido	Média Normativa: 29 Dp normativo: 7,5 Média alcançada: 24	Desconhecido	Média normativa: 29 Dp normativo: 7,5 Média alcançada: 24
Acidentes e pequenos animais	Média Normativa: 28 Dp normativo: 7,5 Média alcançada: 30	Acidentes e pequenos animais	Média Normativa: 28 Dp normativo: 7,5 Média alcançada: 31

Perigo e Morte	Média Normativa: 26 Dp normativo: 6,4 Média alcançada: 25	Perigo e Morte	Média Normativa: 26 Dp normativo: 6,4 Média alcançada: 26
Medos médicos	Média Normativa: 7 Dp normativo: 2,1 Média alcançada: 6	Medos médicos	Média Normativa: 7 Dp normativo: 2,1 Média alcançada: 8
Intensidade dos medos	Valor normativo: 129 Valor alcançado: 113	Intensidade dos medos	Valor normativo: 129 Valor alcançado: 117
Frequência dos medos	Valor normativo: 17 Valor alcançado: 11	Frequência dos medos	Valor normativo: 17 Valor alcançado: 12

Comparando os dois protocolos de aplicação da prova “*Era uma vez*” – pré e pós-intervenção (Quadro 4), verifica-se no segundo uma maior liberdade de expressão de fantasias e medos, certamente resultantes de uma relação que é agora mais confiante com a psicóloga. No **Cartão I**, enquanto na primeira avaliação a história é construída numa base realista que denota o conhecimento de estratégias adequadas, sem expressão de aflição ou de fantasia, na 2ª aplicação surge o recurso à fantasia para simbolicamente exprimir a sua capacidade de encontrar forças em si própria para resolver a situação. Também aqui, e ao contrário da 1ª aplicação, a figura masculina não pode ajudá-la a resolver o problema, o que poderá fazer sentido com o desaparecimento do pai. No **Cartão II** vemos que já não é o pai, mas um “amigo do pai” que lhe dá um presente. Na verdade, a perda do pai parece ser mais reconhecida e é talvez esse reconhecimento (agora possível) que poderá despertar a ideia de morte que surge na última cena. No **Cartão III**, à fantasia mágica de ser, de imediato, o centro das atenções, contrapõe-se a expressão do medo de rejeição e a tentativa de lidar com esse medo. Na primeira avaliação o medo aparecia unicamente enquanto negado, e após a intervenção este pode ser reconhecido e expresso. No **Cartão IV** há uma passagem de “há um monstro a sério” face ao qual não se consegue defender e pede ajuda aos pais, para o reconhecimento de que “está a sonhar” e então pode ter como que um outro sonho em que consegue vencer o medo (dar cabo do monstro) e mostrar aos pais que já tem essa capacidade. No **Cartão V** não existem diferenças, tudo corre bem. Já no **Cartão VI**, a Rafaela constrói da 1ª vez uma história em que, embora se tente afastar, fica presa na aflição do conflito entre os pais. Na última aplicação, ela ignora esse conflito (não surge aflição), centrando-se na sua vida de relação com os pares. Há mais fantasia, mas ela vai no sentido do desenvolvimento e procura de relações compensatórias fora do círculo familiar. Por fim, no **Cartão VII** a aflição face ao contexto da aprendizagem escolar

mantém-se, mas muito mais sustentada pela realidade das estratégias adequadas e sem recurso à projecção do estigma da hiperatividade ou de ser “burra” que apareceu na 1ª aplicação.

Em síntese, após intervenção, reconhece-se uma maior capacidade de enfrentar e comunicar medos e ansiedades e também maior flexibilidade nas estratégias para a elaborar, permitindo-se recorrer a fantasias compensatórias no sentido de afirmar capacidades pessoais, por vezes ainda “inflacionadas”. No contexto escolar, bem como no do pesadelo, há uma diminuição clara da angústia suscitada por estas temáticas.

Quadro 4. *Resultados obtidos pela paciente 2 na prova “Era uma vez” ao longo do processo global de avaliação (pré e pós)*

Prova “Era uma vez”: pré-avaliação		Prova “Era uma vez”: pós-avaliação	
Idade: 7; Sexo: F		Idade: 7; Sexo: F	
Cartão I (passeio com a mãe)	<u>6</u> <u>8</u> <u>1</u> (RRR)	Cartão I (passeio com a mãe)	<u>1</u> <u>3</u> <u>5</u> (RFF)
Cartão II (doença)	<u>8</u> <u>3</u> <u>10</u> (RF...)	Cartão II (doença)	<u>3</u> <u>6</u> <u>4</u> (FRA)
Cartão III (passeio à praia)	<u>7</u> <u>6</u> <u>8</u> (FRR)	Cartão III (passeio à praia)	<u>7</u> <u>4</u> <u>3</u> (FAF)
Cartão IV (pesadelo)	<u>4</u> <u>9</u> <u>2</u> (AAA)	Cartão IV (pesadelo)	<u>9</u> <u>5</u> <u>1</u> (AFR)
Cartão V (dia dos anos)	<u>8</u> <u>6</u> <u>7</u> (RRF)	Cartão V (dia dos anos)	<u>8</u> <u>5</u> <u>6</u> (RFR)
Cartão VI (briga dos pais)	<u>3</u> <u>2</u> <u>1</u> (FAR)	Cartão VI (briga dos pais)	<u>3</u> <u>8</u> <u>7</u> (FRF)
Cartão VII (escola)	<u>9</u> <u>8</u> <u>4</u> (ARA)	Cartão VII (escola)	<u>1</u> <u>8</u> <u>9</u> (RRA)

Além de analisar e comparar as diferenças alcançadas entre a pré e pós-avaliação nos instrumentos que avaliam os níveis de medo e de elaboração das emoções, é extremamente importante perceber se houve alguma alteração relativamente aos níveis de criatividade demonstrados na tarefa de pensamento criativo. Como se pode verificar no Quadro 6 (Anexo M), ocorreram grandes modificações em alguns componentes da criatividade após a realização da intervenção e em termos globais, deu-se um aumento em termos de indicadores de criatividade com os ganhos bastante relevantes.

A análise de ambas as avaliações (pré e pós), permitiu, não de forma tão visível como no caso anterior, observar algumas das alterações (maior flexibilidade de pensamento e originalidade) que surgiram devido ao trabalho interventivo que foi realizado com a Rafaela. O tipo de intervenção que foi desenvolvido permitiu trabalhar vários campos da vida da paciente (ver Anexo O), bem como a

relação terapêutica que ficou forte e coesa tornando-se mesmo uma amizade para a paciente, o que por vezes dificultou a imposição de regras.

5. Conclusão e Discussão

Os objetivos desta investigação centravam-se (a) na utilização de uma estratégia com base num modelo teórico sobre a criatividade (CPS) para promover a mudança emocional em crianças/adolescentes sinalizadas com alterações emocionais; (b) na demonstração dos benefícios/vantagens que podem ser adquiridos pelo paciente através da utilização e desenvolvimento da criatividade nas sessões de Psicologia Clínica e (c) na análise e reconhecimento do número de ideias e da flexibilidade das mesmas à medida que se aplica o modelo (CPS) e se estimula o funcionamento criativo dos intervenientes. A realização dos estudos de caso descritos ao longo da dissertação, bem como todos os procedimentos aplicados, promoveram o cumprimento dos objetivos e a recolha de informação para a realização de uma análise com o intuito de aferir as hipóteses colocadas. A aplicação do modelo de Resolução Criativa de Problemas (Isaksen & Treffinger, 2004), permitiu observar em ambas as pacientes, alterações emocionais que se refletiram em termos da relação de confiança que se criou entre a terapeuta e cada paciente, no modo como cada uma foi respondendo aos desafios propostos nas sessões e no tipo de resultados obtidos no final da intervenção. O conjunto de metas que foi estipulado contribuiu ainda para que um outro objetivo desta investigação fosse atingido, alcançar o reconhecimento dos processos afetivos no campo da psicoterapia infantil e ao mesmo tempo demonstrar a importância da criatividade no contexto terapêutico. Um estudo desta natureza não nos permite generalizar resultados, mas pretende ser um grande ponto de partida para investigações futuras nesta área, na medida em que possibilita uma análise muito detalhada dos comportamentos.

A análise comparativa (pré e pós avaliação) realizada na secção anterior permitiu retirar conclusões distintas relativamente a cada caso. Após o processo de intervenção realizado com a paciente 1 (Bárbara), pôde verificar-se a diminuição dos níveis de ansiedade da adolescente, assim como um aumento dos níveis de perceção da autoeficácia e das alternativas criadas para resolver os problemas. Ao longo das sessões verificou-se ainda existir uma relação entre o progressivo aumento das alternativas criadas e a motivação da Bárbara para superar os seus problemas. Ao motivarmos intrinsecamente a paciente desenvolveu-se um desejo de alcançar um nível ótimo de qualidade no desempenho de determinada tarefa (Romo, 2008). Deste modo, surge a importância desta relação, que já foi evidenciada nesta dissertação através do que defende Nogueira (2008), “*sem arriscarmos nada muda*”. Ao ser constantemente estimulada a pensar em alternativas para problemas fictícios e

reais, a jovem foi percebendo que afinal é capaz de superar obstáculos recuperando a confiança em si e aumentando a percepção da autoeficácia em todos os contextos. Consequentemente, os seus níveis de ansiedade baixaram, pois a paciente já se sentia capaz de enfrentar as situações que ainda lhe causavam algum desconforto. A existência deste ciclo de influências permitiu a confirmação das três primeiras hipóteses, na medida em que se verificou que o progressivo aumento da capacidade da paciente em criar alternativas para a resolução de problemas (ver Quadro 2 em anexo N) poderá estar associado: à diminuição do nível de ansiedade verificado na mesma face às situações temidas (hipótese 1); e também ao aumento dos seus níveis de percepção da sua autoeficácia (hipótese 2). Esta evidência é algo importante para a continuação de um percurso ajustado por parte da Bárbara, uma vez que como Bandura (1991) referiu, quanto maior for o grau de autoeficácia percebida, mais elevados vão ser os objetivos definidos e mais fortes vão ser os comportamentos que conduzem ao alcance dos mesmos. O aumento de um ambiente securizante, quer exteriormente como interiormente, promoveu uma relação inversa entre as variáveis analisadas neste caso, o decréscimo dos níveis de ansiedade da adolescente face a situações temidas encontram-se associados também a um aumento dos níveis de percepção da autoeficácia da paciente (hipótese 3). A promoção de um ambiente com emoções positivas e motivadoras, facilitou a performance da adolescente nas atividades que iam sendo propostas (D’Zurilla & Nezu, 2007), o que aumentou a percepção de autoeficácia e pode ter ajudado a desconstruir algumas crenças desajustadas que a paciente tinha, e que estavam relacionadas com as suas competências para agir em determinadas situações. A construção de um ambiente seguro e de autocontrolo ajudou ainda a diminuir os níveis de ansiedade da Bárbara, que ganhou mais confiança em si própria e aprendeu a fazer uma auto-gestão adequada das suas emoções.

No caso da paciente 2, o processo de intervenção não revelou ser muito eficaz na diminuição dos medos da criança, uma vez que curiosamente a intensidade dos medos registada pelo *Inventário de Medos para Crianças* até aumentou um pouco depois da intervenção. No entanto, registou-se uma mudança qualitativa no tipo de medos assinalados. Por exemplo, na fase pré-teste a criança referiu ter medo de fantasmas e de espaços fechados e na fase pós-teste já refere que não tem, mostrando que a Rafaela sofreu algumas mudanças no modo como lida com os seus medos e preocupações. De todos os medos evidenciados, o medo dos fantasmas era o que estava mais associado à sua problemática e como tal, foi um dos elementos alvo de intervenção. Esta parece ter resultado, uma vez que foram sendo visíveis ao longo das sessões, alterações no modo como a paciente lidava com a situação. Além do mais através dos dados recolhidos, a Rafaela demonstra uma diminuição clara da angústia suscitada pela escola e pelos pesadelos nocturnos que

inicialmente evidenciava. Surgiu uma progressiva flexibilização do modo como a paciente elabora estratégias para enfrentar os seus medos e ansiedades, que tornaram possível uma maior afirmação das capacidades da criança. Não sendo possível confirmar uma relação, entre o progressivo aumento da capacidade da paciente em criar alternativas para a resolução de problemas e a diminuição do nível de medo (hipótese 4); bem como uma associação entre a diminuição do nível de medo e a alteração do modo como a criança elabora as suas emoções (hipótese 6), verificaram-se várias alterações benéficas para Rafaela. Uma delas foi o aumento da flexibilidade do seu pensamento, expresso no Quadro 4 em anexo (Anexo N), sendo possível observar um gradual aumento das alternativas criadas para a superação dos problemas que iam sendo propostos. O desenvolvimento dessa capacidade também se verificou na prova “*Era uma vez*”, onde a criança mostrou maior liberdade para lidar com cada situação, não demonstrando qualquer receio em recorrer a modos menos convencionais (fantasia) para abordar as situações propostas. Como tal, estas evidências permitem confirmar a hipótese colocada inicialmente de que o progressivo aumento da capacidade da paciente em criar alternativas para a resolução de problemas, altera o modo como esta elabora as suas emoções (hipótese 5). As conclusões retiradas dos resultados obtidos pelas pacientes, refletem uma alteração nas representações internas das mesmas. Esta alteração poderá ser justificada pela ação interventiva aplicada no modelo de Resolução Criativa de Problemas (Isaksen & Treffinger, 2004), que pode ter influenciado e modificado o sistema simbólico (Romo, 2008), tornando-o mais flexível e apto a agir em diferentes situações.

Além da aferição das hipóteses, os resultados permitiram a realização de algumas considerações acerca das investigações já existentes sobre a relação entre a inteligência e a criatividade. Ambas são construtos que em certa medida todos os seres humanos demonstram. Aquilo que os psicólogos defendem ser as características da inteligência acabam por encaixar na perfeição no construto da criatividade, “pode ser expressa de vários modos, é afetada pela genética e pelo ambiente, pode ser estimulada através das experiências e em parte é definida pela cultura e é medida com pouca exactidão por qualquer teste” (Cramond, 2008, p.23). Neste estudo, ao analisar a relação existente entre a criatividade e a inteligência, que é evidenciada por vários autores (*e.g.* Cramond, 2008; Sternberg & O’hara; Tarrida & Femnia, 2008), verifica-se que a paciente com um QI médio superior (Rafaela) obteve melhores resultados na prova de pensamento divergente do que a paciente que apresenta um QI médio (Bárbara). Estes resultados vão de encontro à afirmação de Sternberg e O’hara (2008), que defendem que pessoas com QI’s baixos ou médios, não são consideradas criativas, ficando aquém dos valores de referência desse construto (criatividade). Com a análise de apenas um

ou dois casos não podemos tecer conclusões generalistas a este respeito, no entanto, nestes casos o nível de inteligência parece influenciar os resultados obtidos na prova de pensamento criativo. Os resultados verificados também podem estar relacionados com a faixa etária de cada paciente e com estágio de desenvolvimento em que se encontram, embora alguns estudos que avaliaram essa relação não tenham revelado diferenças (Bahia & Nogueira, 2006). A paciente com maior resultado no Teste de Pensamento Criativo é também a mais nova, encontra-se no estágio de desenvolvimento das operações concretas e está ainda muito ligada ao uso da imaginação e fantasia, começando agora a ganhar maior perícia em atividades e raciocínios mais concretos. Em termos de criatividade não só possui uma grande fluência de ideias, como consegue ser original quando se envolve na tarefa, utilizando o seu pensamento flexível (Lourenço, 1997) em diferentes categorias do conhecimento (Bahia, 2010). Há ainda evidências de que as pessoas que se prova serem criativas tiveram infâncias com um enorme suporte e incentivo ou então infâncias carentes e desafiadoras (Csikszentmihalyi, 1997). No caso da Rafaela, parece existir uma mistura destas duas infâncias, se por um lado tem uma mãe muito disponível e atenta à filha, dando-lhe todo o apoio que esta necessita, por outro perdeu o pai muito cedo e repentinamente, o que também pode provocar na paciente a necessidade de criar alternativas para a superação das saudades e tristeza que sente quando se lembra do pai. Já a paciente com menor pontuação (Bárbara), encontra-se em plena adolescência e como tal não recorre tanto à fantasia, utilizando as suas capacidades para criar ideias inovadoras e originais, aplicando um maior número de ideias adequadas a problemas mais abstratos que possam surgir no dia-a-dia (Bahia, 2010). Embora a paciente mais nova (Rafaela) conseguisse obter maiores níveis de pensamento criativo, a paciente mais velha (Bárbara) conseguiu aplicar com maior eficácia a sua criatividade à resolução de problemas (ver Quadro 2 em anexo N).

Em termos de capacidade de resolução de problemas a Rafaela, que se encontra no 1º ciclo da escola, começa a estar mais apta a desenvolver estratégias de resolução mais eficazes e com menos limitações no processamento da informação (Bahia, 2010). Já a Bárbara, que se encontra no 3º ciclo, está perante a maturação de vários processos mentais e físicos que a vão acompanhar durante a sua vida adulta. Um desses processos é bastante útil para a capacidade de resolução de problemas que é o método combinatório, do qual já se falou num capítulo anterior. Este método permite-lhe aceder à melhor maneira de lidar com uma situação, analisando todas as alternativas possíveis (Piaget, 1972). Deste modo, é visível que em qualquer uma destas idades existem condições cognitivas para que as pacientes sejam sujeitas

a um programa de intervenção, baseado na estimulação da resolução criativa de problemas, que pode ter um papel interventivo/perventivo.

Apesar das diferentes faixas etárias de cada paciente e do tipo de construtos mentais que cada uma utilizou ao longo da intervenção, no final (pós-avaliação) em ambos os casos, foi evidente um aumento dos níveis de criatividade e da capacidade de resolução de problemas relacionados com o foro emocional, o que vai de encontro aos objetivos estipulados na dissertação. No entanto, este aumento não está relacionado apenas com a maturação das estruturas cognitivas de cada paciente, houve também uma grande influência por parte do tipo de atividades escolhidas nos resultados obtidos. Estratégias cognitivas apresentadas de modo mais criativo (“óculos positivos”), histórias por preencher ou diálogos entre bonecos, foram algumas atividades utilizadas para trabalhar a resolução de problemas em crianças e adolescentes. Embora a abordagem em cada um dos casos tenha sido diferente, em ambas se tentou recorrer à criatividade, quer fosse com brincadeiras de bonecas ou na forma mais madura de olhar para os problemas e em procurar soluções. Neste sentido, tentou-se sempre escolher atividades que além de ajudarem a desenvolver a capacidade de resolução de problemas das pacientes, estimulassem a criatividade. Muitas investigações têm demonstrado que a criatividade facilita a transformação pessoal e grupal em contextos muito diversificados (Rank, Pace & Frese, 2004), como tal, espera-se que a Rafaela e a Bárbara, possam beneficiar deste efeito da criatividade nas suas vidas.

Ao registar e formular uma discussão a partir da intervenção realizada e dos resultados obtidos em ambos os casos, é igualmente importante evidenciar o tipo de abordagem que se utilizou para nos ser possível chegar a estas conclusões. A escolha do tipo de abordagem utilizada para esta investigação – *estudos de caso* – pretendia responder à questão científica colocada e aos objetivos estipulados, utilizando o grande número de observações que foi possível fazer em cada caso. Desta forma foi possível identificar e analisar padrões de interação complexos entre diferentes processos, que de outra forma não seria possível observar (McLeod & Elliott, 2011). Além disso, essas observações permitiram ver e compreender com detalhe como as mudanças foram ocorrendo ao longo dos vários meses de acompanhamento das pacientes, transmitindo-nos uma sensibilidade longitudinal (McLeod & Elliott, 2011) de cada caso e uma maior noção do tipo de mudanças existentes, comparando o antes com o depois. Ao seguirmos um número limitado de casos clínicos (um ou dois), temos o privilégio de poder observar as mudanças que vão surgindo nos pacientes, bem como a influência que certo tipo de factores contextuais tem sobre eles (McLeod & Elliott, 2011), beneficiando da possibilidade de manipular algumas variáveis

e verificar os seus efeitos nas alterações de cada paciente. A possibilidade de fazer um registo detalhado de informação acerca de cada paciente, fornece um forte argumento para o desenvolvimento de mais investigações baseadas em estudos de caso na área da psicoterapia (McLeod & Elliott, 2011).

Porém, ao escolher um tipo de investigação baseada em estudos de caso beneficiou-se de todas as vantagens que isso implica, mas também das limitações. Uma das maiores limitações e fragilidades metodológicas desta abordagem assenta no facto da recolha e análise dos dados ser feita unicamente por um terapeuta, não deixando margem para que outros terapeutas possam criticar o trabalho desenvolvido (McLeod & Cooper, 2011). Já existem soluções para contornar esta limitação, utilizando uma equipa de investigadores que independentemente analisam o caso e posteriormente comparam resultados (McLeod & Cooper, 2011). Contudo, e embora compreenda que esta abordagem consiga superar a limitação que surgiu na presente dissertação, não creio que seja prático utilizar uma abordagem pluralista multiterapêutica em condições de trabalho psicoterapêutico no quotidiano. Em locais de consulta psicológica, como hospitais, clínicas, centros de saúde, etc, não há disponibilidade, nem meios técnicos, para assumir uma abordagem baseada numa análise realizada por uma pluralidade de terapeutas. Para além desta possibilidade, e em prol de uma posterior análise de outros terapeutas ao trabalho desenvolvido, também poderia ter sido feito um registo em vídeo das sessões terapêuticas (McLeod & Elliott, 2011). Apesar de ser um método um pouco dispendioso e de necessitar das devidas autorizações, era algo que teria perpetuado todas as estratégias desenvolvidas, fornecendo a possibilidade de uma maior precisão na avaliação desta investigação. No entanto, não foram feitos quaisquer registos audiovisuais e como tal, assume-se esta limitação. Um segundo factor que enfraquece a importância dos resultados alcançados, é o facto de num estudo de caso singular, não se poder reclamar a aplicabilidade intuitiva presente em conclusões que derivem de análises de múltiplos casos/pacientes (McLeod & Elliott, 2011). Surge deste modo, uma limitação na formação de possíveis inferências baseadas nos resultados de um único estudo de caso. A singularidade de um estudo de caso, também pode trazer limitações a nível da ética, uma vez que as características únicas de cada caso que muitas vezes são divulgadas podem tornar o caso identificável por pessoas próximas ao paciente. Contudo, os estudos de caso que foram analisados nesta dissertação fogem a esse tipo de identificação, uma vez que além dos nomes fictícios que lhes foram atribuídos, a apresentação desta investigação será realizada longe do local de residência de ambas as pacientes, dificultando o seu reconhecimento por alguém que lhes seja próximo. Um quarto aspeto que poderia ter sido contornado e que representa mais uma limitação neste estudo é o momento em que foi feita a pós-avaliação. Para que melhor se

evidenciassem os efeitos da intervenção realizada a longo prazo, deveríamos ter esperado mais tempo entre o final da intervenção e a aplicação da pós-avaliação. No entanto, como o seguimento de cada paciente estava sob a influência do prazo do estágio curricular que estava a ser realizado, bem como de outros factores, como as faltas das pacientes e as férias de verão, não houve tempo para que a aplicação da pós-avaliação ocorresse três semanas ou um mês depois do final da intervenção. Ainda assim, a aplicação da pós-avaliação uma ou duas semanas após o término da intervenção, demonstrou alterações importantes nos comportamentos, atitudes e crenças das pacientes que esperamos que se mantenham. Talvez para investigações futuras seria importante tentar colmatar esta limitação, estabelecendo não apenas um momento de pós-avaliação, mas vários espaçados por três semanas de diferença, para avaliar a manutenção das alterações adquiridas pelas pacientes e avaliar da melhor forma a eficácia da intervenção realizada.

Reflectindo ainda sobre os aspetos metodológicos de uma das provas utilizadas na pré e pós avaliação - o *Inventário de Medos para Crianças FSSC-R* (versão Portuguesa de Sá, 1999), constatou-se apenas na fase pós-teste que a amostra de comparação normativa, não dizia respeito a dados da população portuguesa, mas sim da população americana. Embora existissem dados qualitativos referentes à escassa aplicação desta prova em Portugal, todas as comparações quantitativas tiveram de ser realizadas com a amostra americana, o que desacredita os resultados adquiridos e influencia duas das hipóteses colocadas que tinham como referência os resultados quantitativos obtidos nesta prova. Para ultrapassar esta limitação, maior atenção deveria ter sido dada ao tipo de adaptação e aferição dos instrumentos escolhidos para a investigação. Como no momento da descoberta desta lacuna já nada podia ser feito, sem que alterasse de forma mais drástica todo o processo que já tinha sido desenvolvido, foram tidos em conta dados qualitativos referentes aos dados portugueses, que orientaram o melhor possível a interpretação dos dados relativamente ao que hipoteticamente aconteceria se a amostra fosse portuguesa (inferir se estavam acima ou abaixo da média).

Além de todos estes aspetos que não foram tão bem conseguidos nesta investigação, existe ainda uma lacuna que não se conseguiu superar. A presença de afeto no jogo pode estar relacionada com o pensamento divergente, devido à ampla base de emoção na memória, à qual podemos ter acesso. (Russ & Schafer, 2006). O estudo de Russ e Schafer (2006), foi o primeiro a encontrar uma relação entre a expressão emocional nas brincadeiras e a expressão emocional nas narrativas de memórias. Uma implicação desta descoberta, é a necessidade de ajudar as crianças a desenvolver conforto com a exposição de afeto na brincadeiras para que elas consigam expressar emoções negativas que surgem diariamente na suas vidas, ajudando a ter um melhor processamento

emocional dos traumas e a integrar melhor as emoções na memória (Russ & Schafer, 2006). Com estes estudos conclui-se que as demonstrações de afecto nas brincadeiras estão relacionadas com o pensamento divergente e com as emoções nas memórias. Portanto, há evidências de que crianças que são capazes de expressar afecto nas brincadeiras, também são capazes de expressar emoção quando pensam sobre um certo tipo de memória (Russ & Schafer, 2006). Ao longo desta dissertação referiu-se brevemente a importância da memória na estimulação da criatividade emocional e da resolução de problemas, porém nem os objetivos do estudo, nem as suas hipóteses estavam direccionadas para se obter uma visão mais aprofundada do funcionamento e relação entre estas três capacidades. Como tal, será seguramente um conceito interessante de se investigar, uma vez que já existe literatura, (e.g. Russ & Schafet, 2006) que demonstra o papel da emoção na descrição de memórias relacionadas com o pensamento divergente. Teoricamente, as memórias com afecto deviam ser mediadoras da relação entre o afecto nas brincadeiras e a criatividade e isso seria algo estimulante de visualizar na prática. Apesar de esta investigação não estar direccionada para o estudo deste componente cognitivo, ao longo da intervenção e estimulação das capacidades criativas e de resolução de problemas de ambas as pacientes em estudo, verificou-se a retenção na memória de vários procedimentos eficazes para a resolução de problemas que eram trabalhados ao longo das sessões e que mais tarde eram aplicados pelas próprias pacientes quando estas eram desafiadas (e.g. sessão conjunta, ver anexo D e I). Posto isto, será interessante aprofundar a relação existente entre a memória, a criatividade e a resolução de problemas, num registo de estudo de caso, no qual haja tempo para manipular várias situações e observar que processos mnésicos a criança utiliza para as superar.

Para terminar, resta reforçar a resposta à questão científica inicialmente colocada, *em que medida a utilização do modelo CPS em contexto terapêutico modifica algumas manifestações do comportamento, atitudes e crenças das crianças sinalizadas com alterações emocionais?* As evidências retiradas dos resultados obtidos no caso da Bárbara e no caso da Rafaela demonstram existir alterações comportamentais (e.g. a Bárbara já consegue conviver com os amigos, a Rafaela já dorme sozinha no seu quarto), de atitudes (e.g. a Bárbara deixou de lado a atitude derrotista que tinha e encheu-se de motivação para enfrentar os seus medos; a Rafaela ganhou a coragem de uma menina crescida para enfrentar o medo do escuro e já consegue ir à casa de banho só com o seu cão) e em relação às suas crenças (e.g. a Bárbara já se aceita como é e não se inferioriza em relação às suas colegas; a Rafaela já sabe que os fantasmas não fazem mal e que o seu pai está no céu e não pode contactar com ela). Todas as alterações verificadas foram-se evidenciando de modo mais óbvio durante o processo de acompanhamento, onde as constantes observações e registos

permitiram o acesso às alterações qualitativas que passaram despercebidas nos instrumentos de avaliação utilizados na fase final da pós-avaliação.

Para finalizar é importante realçar mais uma vez que o trabalho realizado em dois ou três casos clínicos, de modo algum pode ser visto de forma abrangente e generalizada. No entanto, é essencial reter que o construto da criatividade pode e deve ser uma estratégia a ter em conta no acompanhamento e intervenção de alguns casos específicos. Isto quer dizer que, o desenvolvimento da criatividade não deve ser tomado como elemento único numa intervenção, mas deve fazer parte do conjunto de aspetos relevantes a ter em consideração quando nos responsabilizamos pelo acompanhamento de um caso clínico.

Fica desta forma também demonstrado que a ação da criatividade pode ser adaptada a qualquer contexto e estrutura, utilizando a sua flexibilidade para modelar e reajustar processos tão complexos como os da mente humana.

Referências

- Amabile, T. M. (2001). Beyond Talent: John Irving and the Passionate Craft of Creativity. *American Psychologist*, 56(4), pp. 333-336.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Portugal: Climepsi Editores.
- Bahia, S. & Nogueira, S. I. (2006). A criatividade emerge na adolescência? Uma abordagem preliminar. *Sobredotação*, 7, pp. 161-175.
- Bahia, S. (2007). Quadros que compõe a criatividade: Uma análise do Teste de Torrance. *Sobredotação*, 8, pp. 91-120.
- Bahia, S. (2010). Características do desenvolvimento da criança e do adolescente: Contributos para a definição de metas de aprendizagem para o Ensino Pré-Escolar e Básico. *Projecto Metas de Aprendizagem do Ministério da Educação*.
- Bahia, S., & Trindade, J. P. (2012, *in press*). Transformar o velho em novo: a integração da criatividade na educação. In F. H. Piske & S. Bahia (Eds.), *Criatividade na escola: o desenvolvimento de potencialidades altas habilidades e talentos*. Curitiba: Curitiba Editora.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A (1991). Social Cognitive Theory of Moral Thought and Action. In W. M. Kurtines, & J. L. Gewirtz (Eds.), *Handbook of Moral Behavior and Development* (1, pp. 45-103). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspetiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 88-141). Coimbra: Editora Quarteto.
- Barros, L. (1996). Distúrbios ansiogénios em crianças: Modelos explicativos comportamentais e cognitivos e sugestões clínicas desenvolvimentais. *Psiquiatria Clínica*, 17(4), pp. 319-335.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Int. Universities Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. [S.I.] : Basic Books.
- Beghetto, R. A., & Kaufman, J. C. (2007). Toward a Broader Conception of Creativity: A Case for “mini-c” Creativity. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 1(2), pp. 73-79.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), pp. 252-261.
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance, theory, research, and practice*, Florida: Irving B. Weiner. Pp. 13-37.
- Brock, A., Dodds, S., Jarvis, P., & Olusoga, Y. (2011). *Brincar: Aprendizagem para a vida*. Porto Alegre: Penso.
- Buijs, J., Smulders, F., & van der Meer, H. (2009). Towards a More Realistic Creative Problem Solving Approach. *Creativity & Innovation Management*, Dec, 18(4), pp. 286-298.
- Candeias, A. A. (2008). Criatividade: Perspetiva integrative sobre o conceito e a sua avaliação. In M. F. Morais & S. Bahia (Coords.), *Criatividade: Conceito, Necessidades e Intervenção* (pp. 41-63). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Conceição, N., & Vasco, A. B. (2005). Olhar para as necessidades do self como um boi para um palácio: perplexidades e fascínio. *Psychologica*, 40, pp. 55-79.
- Copper-Royer, B. (2007). *Os Medos das Crianças: Medos, Angústias, Fobias na Criança e no Adolescente*. Caleidoscópio – Edição e Artes Gráficas, SA.
- Cramond, B. (2008). Creativity: An international imperative for society and the individual. In M.F. Morais, & S. Bahia (Coords), *Criatividade: Conceito, Necessidades e Intervenção* (pp. 13-40). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Cropley. A. J. (2006). Creativity: A social approach. *Roeper Review*, 28, pp. 125-130.

Csikszentmihalyi, M. (1997). *Flow and the psychology of discovery and invention*. New York, NY, US: HarperCollins Publishers.

Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires, *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (VI, pp.553-564). Braga: Apport.

D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, pp. 107-126.

D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-Solving Therapy: A Positive Approach to Clinical Intervention*. New York: Springer Publishing Company.

Fagulha, T. (2002). Manual do Era uma vez: Prova Projectiva para Crianças. CEGOC-TEA, LDA. – Investigação e Publicações Psicológicas.

Fonseca, A. (1992). Uma Escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes: O que eu penso e o que eu sinto. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI,1, pp. 141-155

Fonseca, T. A. G. (2011). Necessidade Psicológica de Controlo/Cedência: Relação com Bem-Estar e *Distress* Psicológicos. Unpublished master’s thesis, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Frances, A., & Ross, R. (1999). *DSM-IV – Casos Clínicos. Guia para o diagnóstico diferencial*. Portugal: Climepsi Editores.

Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica de Terapia Cognitiva com crianças e adolescents*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.

Fryer, M. (2008). Creative teaching and learning in the UK: Early research and some subsequent developments. In M. F. Morais & S. Bahia (Coords.), *Criatividade: Conceito, Necessidades e Intervenção* (pp. 135-156). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Gardner, H. (1989). *To open minds*. New York: Basic.

Gleitman, H, Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2007). *Psicologia*. Fundação Calouste Gulbenkian.

- Grieger, R. M., & Boyd, J. D. (2006). Childhood Anxieties, Fears, and Phobias: A Cognitive-Behavioral, Psychosituational Approach. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders: theory, practice and research* (pp. 233-255). New York : Springer Publications.
- Guildford, J. P. (1950). Creativity. *American Psychology*, 5, pp. 444-454.
- Hunt, E. (1994). Problem Solving. In R. J. Sternberg, (Ed.), *Thinking and problem solving* (pp. 215-232). San Diego : Academic Press.
- Hunter, S. T., Bedell-Avers, K. E., Hunsicker, C. M., Mumford, M. D., & Ligon, G. S. (2008). Applying Multiple Knowledge Structures in Creative Thought: Effects on Idea Generation and Problem-Solving. *Creativity Research Journal*, 20(2), pp. 137-154.
- Isaksen, S. G. (1995). CPS: Linking creativity and problem solving. In G. Kaufman, T. Helstrup, & K. H. Teigen, (Eds.), *Problem solving and cognitive process: A festschrift in honour of Kjell Raaheim* (pp. 145-181). Bergen-Sandviken, Norway: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjorke AS.
- Isaksen, S. G., & Treffinger, D. J. (1985). *Creative problem solving: The basic Course*. Buffalo, NY: Bearly Limited.
- Isaksen, S. G., Puccio, G. J., & Treffinger, D. J. (1993). An Ecological Approach to Creativity Research: Profiling for Creative Solving Problems. *The Journal of Creative Behavior*, 27(3), pp. 149-170.
- Isaksen, S. G., & Treffinger, D. J. (2004). Celebrating 50 years of Reflective Practice: Versions of Creative Problem Solving. *Journal of Creative Behavior*, 38, pp. 75-101.
- Kaufman, J. C., & Beghetto, R. A. (2009). Beyond Big and Little: The Four C Model of Creativity. *Review of General Psychology*, 13(1), pp. 1-12.
- Kimbrel, N. A. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28, pp. 592-612.
- La Greca, A. M. (1980). Can Children Remember to Be Creative? An Interview Study of Children's Thinking Processes. *Child Development*, 51, pp. 572-575.

Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2009). New directions in evaluating social problem solving in childhood: Early precursors and links to adolescent social competence. In C. Lewis & J. I. M. Carpendale (Eds.), *Social interaction and the development of executive function. New Directions in Child and Adolescent Development*, 123, pp. 51–68.

Lourenço, O. M. (1997). *Psicologia de Desenvolvimento Cognitivo: teoria, dados e implicações*. Coimbra: Livraria Medina.

McLeod, J., & Cooper, M. (2011). A protocol for systematic case study research in pluralistic counseling and psychotherapy. *Counseling Psychology Review*, 26(4), pp. 47-54.

McLeod, J., & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counseling and psychotherapy. *Counseling Psychology Review*, 11(1), pp. 1-10.

Meijers, J. J. (1978). *Problem-Solving Therapy with Socially Anxious Children*. Swets & Zeitlinger B.V. - Amsterdam and Lisse.

Méndez, F.X. (2002). *Miedos y temores en la infancia*. Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X., García, J. M., & Olivares, J. (1997). Miedos y fobias infantiles. In M. Jiménez (Ed.), *Tratamiento psicológico de problemas infantiles* (pp. 119-132). Málaga: Aljibe.

Miller, S. A. (2004). Trial and Error: Your child just might find that he gets what he needs through experimentation. *Scholastic Parent & Child*, 12(2), pp. 54-54.

Miranda, L., & Almeida, L. S. (2008). Estimular a criatividade: O programa de enriquecimento escolar “Odisseia”. In M. F. Morais & S. Bahia (Coords.), *Criatividade: Conceito, Necessidades e Intervenção* (pp. 279-299). Braga: Psiquilíbrios Edições

Mumford, M. D., Mobley, M. I., Uhlman, C. E., Reiter-Palmon, R., & Doares, L. M. (1991). Process analytic models of creative capacities. *Creativity Research Journal*, 4, pp. 91-122.

Newman, B. M. & Newman, P. R. (1991). *Development Through Life A psychosocial Approach* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Nickerson, R.S. (2008). Enhancing Creativity. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Creativity* (pp. 392-430). Cambridge : Cambridge University Press.

- Nogueira, J. (2008a). Criatividade e autoeficácia na educação musical. In M. F. Morais & S. Bahia (Coords.), *Criatividade: Conceito, Necessidades e Intervenção* (pp. 317-335). Braga: Psiquilíbrios Edições
- Nogueira, J. (2008b). "Validation of a measure of self-efficacy for youngsters". INTED2008 Proceedings CD ISBN: 978-84-612-0190-7. Editor: IATED (www.iated.org/inted2008).
- Oliveira, E. P. (2007). *Alunos sobredotados: A aceleração escolar como resposta educativa*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Shedule for Children (FSSC-R). In: *Behavior Research and Therapy*, 21, pp. 685-692.
- Ollendick, T H., King, N. J. & Frary, R. B. (1989). Fears in Children and Adolescents: Reability and Generalizability across Gender, Age and Nationality. *Behaviour Research and Therapy*, 27, pp. 19-26. (adaptado)
- Osborn, A. F. (1963). *Applied imagination : principles and procedures of creative problem-solving*. New York : Charles Scribner's Sons.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. McGraw-Hill de Portugal.
- Pearson, B. L., Russ, S. W., & Cain Spannagel, S. A. (2008). Pretend play and positive psychology: Natural companions. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), pp.110–119.
- Piaget, J. (1972). Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood. *Human Development*, 15, pp. 1-12.
- Piaget, J. (1997). Development and learning. In M. Gauvain & M. Cole (Eds.), *Readings on the development of Children* (pp. 19-28). New York: W. H. Freeman and Company.
- Puccio, G. J., Firestien, R. L., Coyle, C., & Masucci C. (2006). A Review of the Effectiveness of CPS Training: A Focus on Workplace Issues. *Effectiveness of Creative Problem Solving Training*, 15(1), pp. 19-33.
- Rank, J., Pace, V. L., & Frese, M. (2004). Three Avenues for Future Research on Creativity, Innovation, and Iniciative. *Applied Psychology: An International Review*, 53(4), pp.518 –528.

- Reiter-Palmon, R., Illies, M. Y., Cross, L. K., Buboltz, C., Nimps, T. (2009). Creativity and domain specificity: The effect of task type on multiple indexes of creative problem-solving. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 3(2), pp. 73-80.
- Romo, M. (2008). Creatividad en los dominios artísticos y científico y sus correlatos educativos. In M. F. Morais & S. Bahia (Coords.), *Criatividade: Conceito, Necessidades e Intervenção* (pp. 65-90). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Rubin, K., Fein, G., & Vandenberg, B. (1983). Play. In P. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (4, pp. 693-774). New York: Wiley.
- Runco, M. A., Illies, J. J., & Eisenman, R. (2005). Creativity, originality, and appropriateness: What do explicit instructions tell us about their relationships? *Journal of Creative Behavior*, 39, pp. 137-148.
- Russ, S. (1982). Sex differences in primary process thinking and flexibility in problem solving in children. *Journal of Personality Assessment*, 45, pp. 569-577.
- Russ, S., & Grossman-Mckee, A. (1990). Affective expression in children's fantasy play, primary process thinking on the Rorschach, and divergent thinking. *Journal of Personality Assessment*, 54, pp. 756-771.
- Russ, S. W. (1998). Play, creativity, and adaptative functioning: Implications for play interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), pp. 469-480.
- Russ, S. W. (2000). Primary-Process Thinking and Creativity: Affect and Cognition. *Creativity Research Journal 2000–2001*, 13 (1), pp. 27–35.
- Russ, S. W., & Kaugars, A. S. (2000). Emotion in Children's Play and Creative Problem Solving. *Creativity Research Journal 2000–2001*, 13(2), pp. 211–219.
- Russ, S. W., & Schafer, E. D. (2006). Affect in Fantasy Play, Emotion in Memories, and Divergent Thinking. *Creativity Research Journal*, 18(3), pp.347–354.
- Silvia, P. J., & Kimbrel, N. A. (2010). A Dimensional Analysis of Creativity and Mental Illness: Do Anxiety and Depression Symptoms Predict Creative Cognition, Creative Accomplishments, and Creative Self- Concepts? *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 4(1), pp. 2-10.

- Sternberg, R. J., & Lubart, T. I. (1992). Buy Low and sell high: An investment approach to creativity. *Current Directions in Psychological Science*, 1, pp. 1-5.
- Sternberg, R. J., & Lubart, T. I. (1996). Investing in Creativity. *American Psychology*, Vol. 51(7), pp. 677-688.
- Sternberg, R. J., O'Hara, L. A., & Lubart, T. I. (1997). Creativity as Investment. *California Management Review*, 40(1), pp.8-21.
- Sternberg, R. J., & O'Hara, L. A. (2008). Creativity and Intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Creativity* (pp. 251-272). Cambridge : Cambridge University Press.
- Steve Jobs. (n.d.). BrainyQuote.com. Retrieved April 14, 2012, from BrainyQuote.com Web site: <http://www.brainyquote.com/quotes/quotes/s/stevejobs416925.html>
- Sundararajan, L., & Averill, J. R. (2007). Creative in the everyday: culture, self, and emotions. In R. N. Richards, R. (Ed.), *Everyday creativity and new views of human nature: Psychological, social, and spiritual perspectives* (pp.195-220). Washington, DC,US: American Psychological Association.
- Tierney, P., & Farmer, S. M. (2002). Creative Self-Efficacy: Its Potencial Antecedents and Relationship to Creative Performance. *Academy Of Management Journal*, 45(6), pp.1137-1148.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Valiente, R. M., Sandín, B., Chorot, P., & Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia y intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSC-R. *Psicothema*, 15(3), 414-419.
- Vincent, A. S., Decker, B. P., & Mumford, M. D. (2002). Divergent Thinking, Intelligence, and Expertise: A Test of Alternative Models. *Creative Research Journal*, 14(2), pp.163-178.
- Wang, C. W., & Horng, R. Y. (2002). The effects of creative problem solving training on creativity, cognitive type and R&D performance. *R&D Management* 32(1), pp. 35-45.

Weisberg, R. (2010). The study of creativity: from genius to cognitive science. *International Journal of Cultural Policy*, 16(3), pp.235-253.

Wen, C. K. (2011). When Creative Problem Solving Strategy Meets Web-Based Cooperative Learning Environment in Accounting Education. *New Horizons in Education*, 59(1), pp. 106-118.

Zenasni, F., & Lubart, T. I. (2008). Emotion-Related Traits Moderate the Impact of Emotional State on Creative Performances. *Journal of Individual Differences*, 29(3), pp.157-167.

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Explicação oral dada aos participantes e aos pais que os acompanharam às sessões, com o intuito de obter o seu consentimento para a participação nesta investigação:

“Gostaria de propor a si (educador) e ao seu filho(a) a hipótese de participar num projeto de investigação, que pretende averiguar em que medida a utilização de um modelo de resolução de problemas baseado na criatividade promove a mudança nas crianças ao nível comportamental e emocional e traz benefícios/vantagens que possam ser adquiridos pelo paciente com a aplicação deste modelo nas sessões de Psicologia Clínica.”

Este consentimento foi pedido no final das sessões de avaliação, após uma análise de cada caso e a averiguação da presença de determinado tipo de problemáticas (perturbações emocionais). O pedido de autorização contou ainda com a explicação de todos os termos da confidencialidade, que seriam assegurados.

ANEXO B

DETALHES DA PRÉ-AVALIAÇÃO DA PACIENTE 1 – Bárbara

Processo de Pré – Avaliação

Início da Avaliação: 07/02/12

Número de Sessões: 7

Datas das sessões de avaliação: 07/02/12; 14/02/12; 28/02/12; 06/03/12; 02/05/12; 15/05/12; 22/05/12

Local das Sessões: Centro de Desenvolvimento da Criança e do Adolescente de um Hospital da zona Centro.

Horário: Semanalmente, às terças-feiras às 16h, durante aproximadamente 60 minutos.

Intervenientes presentes: Desde o início do processo terapêutico que a adolescente evidenciou a necessidade de ter a mãe presente nas sessões, alegando que se sentia mais confortável e segura. À medida que a relação terapêutica se foi estabelecendo e a Bárbara ficou mais à vontade, a mãe deixou gradualmente de estar presente nas sessões, passando a ser apenas a terapeuta e a adolescente. Contudo, quando estávamos mais de uma semana sem ter a nossa sessão, a jovem evidencia novamente sinais de insegurança e pedia que a mãe entrasse com ela. Houve várias tentativas para que ela se habituasse a estar sem a mãe nas sessões e mesmo quando a Bárbara exigiu a presença da mãe, tentou-se que não fosse durante a sessão toda. Com o tempo deixou de existir este problema, uma vez que a paciente já tinha adquirido confiança suficiente na terapeuta e em si própria para ir sempre sozinha às sessões.

Instrumentos utilizados na pré-avaliação:

Pedido de Avaliação Psicológica (versão abreviada da Anamnese)

Mapa da Rede Social

Escala de auto-conceito de “Piers-Harris” (aferição para a Portugal por Feliciano Veiga, 2005)

Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (adaptação de Fonseca, 1992)

Teste de Completamento de Frases (Zelazowska)

Questionário de Auto-avaliação para Jovens – YSR (ASEBA)

Questionário de Comportamento para Pais – CBCL (ASEBA)

Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens - SEQ-C (Nogueira, 2008)

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III)

TPCT - Teste de Pensamento Criativo de Torrance (1974)

Outras entidades envolvidas: Ao longo deste caso nunca houve necessidade de estabelecer contato com a escola da Bárbara ou com qualquer outro profissional que já tivesse avaliado a adolescente (*e.g.* médicos), uma vez que o problema que foi apresentado estava diretamente e intrinsecamente relacionado com a mesma e não tem a ver com questões médicas ou biológicas.

ANEXO C

CONCEPTUALIZAÇÃO DO CASO DA PACIENTE 1

Conceptualização de caso – Paciente 1.

História do Desenvolvimento

Psicológico: O desenvolvimento global da Bárbara é o adequado para a sua idade, mas o desenvolvimento das características femininas, como o peito, ancas, menstruação etc., surgiu mais cedo relativamente a algumas das suas colegas, o que faz com que a adolescente seja das maiores do seu grupo e isso também a atormenta. Relativamente ao seu desenvolvimento cognitivo, a jovem tem um quociente de inteligência na média em relação à sua faixa etária e as suas notas na escola também evidenciam a sua boa capacidade intelectual. Ao nível do ajustamento emocional existem algumas lacunas relacionadas com o ajustamento intrapessoal que indiretamente afetam o ajustamento interpessoal, na medida em que influenciam a socialização da adolescente. Quando realmente consegue estabelecer um diálogo e está a vontade com as pessoas, quer sejam família ou amigos, consegue transmitir que é uma jovem extrovertida e simpática, que gosta de se divertir, dançar e conversar. Neste sentido, a jovem refere que é como se existissem duas “Bárbaras”, a extrovertida que canta, dança e brinca (é a postura da adolescente em casa) e a outra que se esconde, evita e tem medo de se expor (é a postura da adolescente na escola).

Numa breve abordagem aos seus interesses, revela que são os adequados para a fase da adolescência, gosta de ouvir música, cantar, ver televisão, fazer desporto, etc. Além disso, tem vários ídolos e um deles acabou por influenciá-la negativamente devido à sua história pessoal. Este ídolo é uma cantora que tem uma imagem extremamente apelativa, mas já esteve anorética várias vezes. A paciente gosta muito dela e idealiza poder ser como ela, chegando mesmo a referir que preferia ser anorética a ser como é. O modelo que esta cantora (Anahi) representa para a jovem foi identificado como um dos aspetos que desencadearam estes pensamentos mais negativos acerca de si própria, representado um problema específico a ser trabalhado.

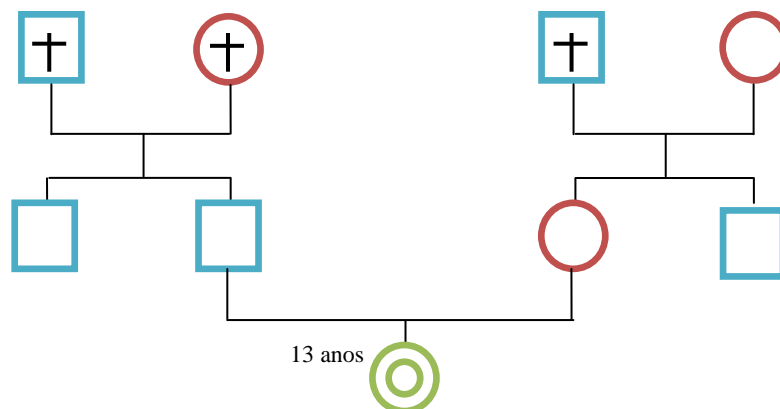
Social: Não há registo de quaisquer problemas ambientais, sócio-económicos ou relacionados com diferenças culturais ou religiosos na família da Bárbara. A paciente vive com a sua família numa aldeia nos arredores da cidade onde ia às consultas de psicologia e está muito próxima dos restantes familiares. Têm a sua casa e apesar da sua mãe não trabalhar, não parecem sentir dificuldades evidentes.

Médico/Fisiológico: A nível fisiológico não há registo de complicações, não foram identificadas doenças de família relevantes e a saúde global da adolescente é boa.

Contexto Escolar: Apesar de todos os problemas de socialização que apresenta, esses não influenciam a sua relação com os professores, com quem se dá bem, a ponto de ter sido a única paciente a considerar os professores no círculo interno do mapa da rede social na parte da Comunidade. O seu desempenho escolar é muito bom, apesar de ter baixado um pouco ao longo deste ano lectivo. Os trabalhos de grupo e as apresentações deixam-na muito nervosa e insegura e quase sempre pede à mãe para arranjar uma desculpa para não ir à escola nesses dias de apresentações, acabando por prejudicar a sua nota. A exposição é algo que evita a todo o custo, seja na sala de aula ou nos intervalos, perturbando a sua relação com os pares.

Contexto Familiar: Neste contexto a Bárbara comporta-se de maneira diferente, é mais extrovertida e segura de si. Há uma boa relação familiar, sem conflitos que fujam do normal em cada família. A jovem é filha única então faz muitas atividades com os pais e ensina o pai a mexer no computador. É na família que a paciente parece refugiar-se e normalmente é com a mãe que desabafa e diz o que sente. Ter alguém com quem falar e conseguir fazê-lo é muito importante e positivo para que o processo terapêutico evolua.

Genograma



História da Família: A Bárbara é filha única, vive com os pais e com a avó materna e tem uma relação muito próxima com a família alargada, quer da parte materna, como da paterna. Vivem todos muito próximos o que lhes permite estabelecer um contato e apoio mais constante. A jovem tem também uma prima com quem se dá muito bem, são como irmãs e o facto de viverem perto uma da outra facilita a relação das duas. Esta prima tem a mesma idade da adolescente e acompanha-a na escola onde pertencem à mesma turma. O facto de poder contar com o apoio da prima é uma mais-valia para a evolução da adolescente, na medida em que se pode apoiar nela para ganhar mais confiança e ter alguém que a ajude quando não sabe como ultrapassar as dificuldades.

Competências cognitivas, sócio-cognitivas e ajustamento psicossocial identificados na avaliação: Qualquer um destes aspetos já foi focado nos tópicos anteriores, concluindo-se que a Bárbara é uma jovem com capacidades cognitivas adequadas, porém possui alguma dificuldade na socialização e na exposição, devido à falta de confiança e à pobre imagem que tem de si própria. A possibilidade de ser gozada pelos outros é algo devastador para a adolescente, funcionando como confirmação de que também os próprios amigos e colegas a vêem de forma negativa. No entanto, essas possibilidades são apenas conjecturas que a paciente cria e que a fazem sofrer sem motivo, uma vez que a jovem nunca foi exposta a nenhuma situação como as que imagina. Além disso, revela que os seus colegas são bastantes compreensivos com ela e com o seu isolamento, tentando de certa forma ajudá-la, incentivando-a sempre para que esta se liberte um pouco mais e enfrente os seus medos. A jovem demonstra ainda estar adaptada a todos os contextos, a uns mais do que a outros, e é uma adolescente compreensiva e respeitadora das regras impostas.

Diagnóstico DSM-IV-TR (2002)

Após uma análise aprofundada do problema apresentado pela paciente e de toda a sintomatologia e factores a ele associados, conclui-se que a jovem Bárbara possui um quadro conceptual correspondente ao dos pacientes que apresentam sinais de Perturbações de Ansiedade, nomeadamente Fobia Social, segundo os critérios do *DSM-IV-TR* (APA, 2002). O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, revela que a característica essencial da Fobia Social é o medo que surge associado a situações sociais. A ansiedade e preocupações que surgem neste tipo de exposição, estão relacionados com o facto de poderem passar uma imagem negativa aos outros e serem julgados por isso. Há deste modo, um evitamento das situações temidas, sempre que é possível. O tipo de sensações negativas que o indivíduo experimenta acabam por interferir significativamente com as rotinas normais das pessoas e com o funcionamento académico, ocupacional, social, etc. Quando este tipo de perturbações surgem na adolescência, o mais comum é que seja apenas uma fase transitória, sendo normalmente ultrapassada na fase de desenvolvimento seguinte.

Todas estas características vão de encontro ao caso da Bárbara e ao que ela experiencia, existindo a correspondência entre 7 dos 8 critérios de diagnóstico para Fobia Social do *DSM-IV-TR* (APA, 2002). Tal como se verifica no conjunto de população afetada com esta perturbação, também a Bárbara apresenta um medo acentuado e persistente em várias situações sociais, nas quais está exposta a pessoas desconhecidas ou à observação de outras (critério A); a exposição à situação social temida provoca quase sempre ansiedade (critério B); reconhece que o medo é excessivo ou

irracional (critério C); evita ou enfrenta com intensa ansiedade ou mal-estar as situações sociais temidas (critério D); o evitamento e antecipação ansiosa nas situações sociais interferem significativamente com as suas rotinas diárias, a nível académico, social e físico (critério E); a duração destes sintomas e problemática já dura mais intensivamente há cerca de um ano (critério F) e o seu medo e evitamento não são provocados por efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou estado físico geral e também não são melhor explicados por uma perturbação mental (critério G) (APA, 2002).

Ao referir todas estas características é evidente a identificação do caso da Bárbara neste tipo de perturbação. Com um diagnóstico claro e análise concreta das variáveis que influenciam a problemática da adolescente será mais fácil planear uma intervenção e obter resultados favoráveis à paciente.

Dinâmica do Caso

Factores Predisponentes: Um dos factores identificáveis que funciona como predisponentes é a imagem real da Bárbara, que é uma adolescente mais alta e um pouco mais larga do que é habitual para a sua idade, o que faz com que a jovem se destaque das restantes amigas e se afaste um pouco da conceção de beleza que ela própria criou. Um outro factor considerado predisponente é a própria fase da adolescência pela qual está a passar e que faz com que a paciente tenha uma maior preocupação com o que os outros pensam de si. Para finalizar, a proteção a que a jovem sempre esteve condicionada por parte da família pode, em situações novas, deixá-la mais suscetível ao medo de falhar, de não corresponder às expectativas e de tentar superar os obstáculos, constituindo também um factor protetor.

Factores Desencadeadores: Existem vários factores desencadeadores neste caso, desde os modelos que a Bárbara adquire através dos seus ídolos (*e.g.* Anahi); o facto de os colegas da escola (nomeadamente os rapazes) gozarem com os mais fracos e com alguns amigos da jovem; a percepção que tem de si própria e a comparação que faz entre a sua imagem e a imagem das actrizes e cantoras que aprecia. Por fim, a noção de beleza imposta pela sociedade, onde quanto mais magra se for mais bonita se é, faz com que as pessoas que não encaixam nesses parâmetros se sintam feias e à margem da sociedade. Todos estes factores despertam na adolescente pensamentos, dúvidas e sentimentos que não são muito positivos e que a fazem questionar a sua existência e a impedem de ser feliz como uma rapariga em plena adolescência deveria ser.

Factores de Manutenção: De certa forma, todos os factores descritos anteriormente como predisponentes ou desencadeadores são também factores de manutenção, na medida em que todos são uma constante na vida da paciente perpetuando o ciclo que cultiva as reações e pensamentos desajustados da Bárbara. Ao longo da intervenção é importante estar atento a estes factores e analisar quais podem ser alterados para benefício da paciente. A acrescentar aos que já foram mencionados pode ser referida a preocupação que a mãe demonstra, no sentido em que transmite à filha pouca confiança e a impede de levar a sério o que a mãe lhe diz, porque pensa que esta apenas a quer proteger e agradar.

Factores Protetores

Resiliência: A enorme vontade de mudar e de se sentir bem é sem dúvida, o motor de todo este processo. A Bárbara demonstrou a aquisição de mudanças graduais desde as primeiras sessões e isso deveu-se à sua motivação, desejo de ser melhor e de se sentir despreocupada em todas as situações a que é exposta. A sua capacidade de introspeção e de partilha de informação também é algo muito importante e foi determinante durante este processo. O facto de a jovem conseguir refletir sobre tudo o que sente e questionar-se a si própria acerca dos porquês das coisas é um grande exercício mental que torna tudo mais fácil em sessão. Houve um diálogo muito aberto entre terapeuta e paciente e toda a informação trocada não foi em vão. São estes tipos de características que determinam a evolução que a paciente tem tido desde a segunda sessão e que a mantém motivada para conseguir alcançar todos os seus objetivos.

Recursos: O bom suporte familiar que sempre foi revelado pela mãe e pela adolescente e a compreensão e incentivo que todos os seus colegas demonstraram ter ao longo deste processo de mudança, elogiando sempre a Bárbara e reparando nas suas mudanças, são ótimos recursos de que a paciente usufrui e que a vão motivando para seguir em frente. As próprias consultas de psicologia acabaram por ser também uma oportunidade de que a jovem usufruiu e serviram como guia na perseguição dos seus objetivos. É também importante salientar que algumas das estratégias e atividades que foram propostas à adolescente já tinham sido, em alguma situação propostas pela sua mãe, mas a paciente não as seguiu porque não pensou que pudessem ajudar. Contrariamente a isso, quando foram sugeridas em sessão a jovem ficou motivada e colocou as estratégias em prática, o que evidencia que a transmissão de um pouco de motivação e confiança é extremamente importante nestes casos.

ANEXO D

PROCEDIMENTO: DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DA PACIENTE 1

Intervenção - Procedimento

Sessão 1: Entrevista Clínica

Sessão 2: Início da aplicação do modelo de Resolução Criativa de problemas: a mãe da jovem trouxe um problema que estava a afetar a filha e centrámos a sessão na sua resolução, através de diálogo socrático e exploração de alternativas. Definimos primeiro o problema e o porquê de ser um problema para a paciente (não queria ir a uma visita de estudo), e depois identificámos as variáveis que provocavam o problema (presença de rapazes, ter de estar em grupo e fazer refeições com eles, a presença de uma rapariga que tira fotos a todos e põe no facebook, etc). Com este tipo de informação, centrámo-nos nas várias possibilidades que existiam para ultrapassar este problema e no final da sessão, a jovem estava motivada para ir e já tinha algumas estratégias que ia por em prática para que a ajudassem a sentir-se mais confortável e menos insegura (levar comida que não permitisse que esta se sujasse enquanto come, por exemplo, sumo de palhinha, sandes de pão de forma; escolher um grupo de amigas em quem tem mais confiança e passar o dia com elas, evitando mais o grupo de rapazes; falar com a colega que tira fotos e pedir-lhe que não tire à Bárbara, ou estar atenta e evitar a colega).

Sessão 3: Monitorização dos comportamentos da jovem. A Bárbara conseguiu ir à visita de estudo e pôs em prática todas as alternativas propostas na sessão anterior. A jovem conseguiu superar e resolver o problema.

Aplicação dos instrumentos de avaliação: *Mapa da Rede Social* e *Escala de auto-conceito de “Piers-Harris”*, aferida para a população portuguesa por Feliciano Veiga. Avaliação da autoestima e das relações interpessoais da paciente.

Sessão 4: Monitorização dos comportamentos da jovem. A Bárbara continua os progressos, está mais atenta nas aulas e não mexe tanto no cabelo (comportamento que tinha para esconder a cara dos colegas), já conseguiu falar com alguns rapazes, aqueles de quem é amiga e com quem tem mais confiança. Já faz refeições com as amigas e não lhes pergunta tantas vezes se está suja. A paciente refere que se sente mais confiante com estas alterações e mais motivada em continuar.

Continuação da avaliação quantitativa e qualitativa através da aplicação da *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças/adolescentes* (adaptação de Fonseca, 1992), *Teste de Completamento de Frases* (Zelazowska), *Questionário de Auto-avaliação para Jovens – YSR*

(ASEBA), *Questionário de Comportamento para Pais – CBCL (ASEBA)* e aplicação de uma tabela de auto-monitorização. O objetivo desta tabela foi pegar em algumas situações que evidentemente eram difíceis de lidar para a Bárbara (*e.g.* tirarem-lhe o saco de ginástica e verem o que estava lá dentro, brincarem com a comida dela enquanto ela estava a comer com os colegas e rirem-se na sala de aula), fazer uma análise, refletir sobre elas, sobre o que provocam na adolescente e através disso arranjar alternativas para as ultrapassar. A paciente reagiu bem a este exercício, classificou cada uma das situações quanto ao grau de ansiedade que provocavam em si e revelou que se sentiu nervosa em todas elas. Também em todas as situações pensou que iam gozar com ela, contudo isso não se verificou e a jovem acabou por conseguir resolver cada uma das situações (*e.g.* Tiraram-lhe o saco de ginástica – pediu a uma amiga que o fosse buscar; tiraram-lhe o bolo que estava a comer – pediu a uma amiga que o fosse buscar; começaram-se a rir na sala de aula – manteve-se calma e perguntou a uma colega se sabia porque se estavam a rir).

Sessão 5: Monitorização dos comportamentos da jovem, que continua a somar progressos: colocar uma mola no cabelo, estar mais atenta ao que dizem os professores e menos às reações dos colegas, estar mais desinibida perto de rapazes, jogar às raquetes e ir para o refeitório comer. Estas mudanças têm chamado à atenção dos seus colegas que já demonstraram o seu agrado e lhe transmitiram motivação para continuar, até mesmo os rapazes. Realização de reestruturação cognitiva relativamente a um problema colocado pela jovem, relacionado com o facto de ainda não conseguir falar com um dos seus colegas, apesar de todos os progressos e mudanças que tem alcançado relativamente à sua interação com os rapazes.

Sessão 6: Monitorização dos comportamentos da jovem, após um período de duas semanas sem vir às sessões. Os progressos que conseguiu alcançar mantém-se.

Aplicação do modelo de Resolução Criativa de Problemas (Isaksen & Treffinger, 2004) a um problema trazido pela jovem através do diálogo socrático. Definição do problema – medo, vergonha e ansiedade sentidos com a possibilidade de apresentar um trabalho diante de toda a turma. Criação de ideias – arranjar uma desculpa para faltar no dia da apresentação do trabalho; não faltar e utilizar clip, ou as folhas dos apontamentos, nas quais pode ir mexendo para aliviar o *stress*; pode também concentrar-se num ponto concreto, como o final da sala e falar para esse ponto, de modo a canalizar a sua atenção para ele e não estar atenta aos colegas e aos seus possíveis comentários; concentrar-se na informação que está a tentar passar e fazer

um exercício de relaxamento inicial, como respiração controlada (respirar fundo) que ajuda muito a neutralizar a ansiedade que possa vir a sentir. Após a análise de cada alternativa, a Bárbara escolheu como melhor opção para si, tentar concentrar a sua atenção no professor ou para um ponto no final da sala, de modo a não ouvir os colegas a gozar e ficar mais calma.

Sessão 7: Reformulação de objetivos a pedido da paciente, que até aqui estavam relacionados com a socialização da criança e aproximação dos rapazes, e a partir daqui seria trabalhar as crenças negativas que a jovem apresenta em relação à sua imagem. Mais uma vez foi utilizada a reestruturação cognitiva, mas desta vez, foi camuflada através da estratégia implementada chamada “óculos positivos”. Através desta sugestão, foi dada à Bárbara a possibilidade de olhar para si mesma, não apenas numa perspetiva negativa (“sem óculos”), mas também a partir da perspetiva real, colocando uns “óculos” de modo a poder ver melhor os aspetos positivos que tem e dos quais se deve orgulhar. O objetivo desta atividade não foi camuflar todos os aspectos negativos que tem e esquecer o sofrimento que eles lhe causam, através do positivismo, mas sim abrir a perspetiva da Bárbara para outros aspectos e atributos que está a negligenciar e dos quais pode beneficiar.

Continuação da avaliação deste caso, com a aplicação do *Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens – SEQ-C* (Nogueira, 2008). Este instrumento servirá também como elemento da pós-avaliação.

Sessão 8: Monitorização dos comportamentos da jovem. A apresentação do trabalho correu bem e a adolescente até conseguiu responder a uma pergunta feita por outra colega. Com a estratégia introduzida na sessão anterior a motivação da paciente voltou e esta regressou aos seus progressos deixando para trás a vergonha de vestir calças de ganga. O facto de ter arriscado, valeu à Bárbara elogios por parte de todos. Com todas as mudanças, houve necessidade de realizar um esquema representativo da formulação do caso, que acabou por ser um guia ao longo das restantes sessões. Ao requisitar a ajuda da paciente para realizar este esquema, foi fácil ter acesso ao modo de funcionamento do pensamento da adolescente, que forneceu uma grande ajuda em termos de planeamento de intervenção, na medida em que permitiu uma melhor compreensão dos aspetos que podiam ser alterados e como se podiam alterar. Também a Bárbara beneficiou da realização deste esquema, pois pode ter acesso a uma representação de todos os seus problemas e suas verdadeiras influências, ajudando a que melhor pudesse compreender quais os aspetos a “combater”.

Sessões 9 e 10: Monitorização do comportamento da jovem. Aplicação da *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III)* com o intuito de avaliar a relação existente entre as capacidades cognitivas, nomeadamente o quociente de inteligência da adolescente e a sua capacidade para ser criativa. A jovem aceitou bem o desafio, embora tivesse demonstrado alguma ansiedade devido ao teor da avaliação que estava a ser efectuada. A Bárbara demonstrou algum medo de falhar e de que a prova demonstrasse que ela é burra. Foi importante acalmar a paciente desmistificando o motivo desta avaliação e reforçando todas as suas intervenções ao longo da prova. No final da segunda sessão, precedeu-se à aplicação do *Torrance* (1974), que a Bárbara completou rapidamente.

Sessão 11: Mais uma vez a sessão iniciou-se com a monitorização dos comportamentos da Bárbara, que começa a frequentar as sessões com uma atitude mais confiante e não só fala dos problemas que surgiram, como do que fez para os resolver, o que antes não acontecia. Tem tido muito suporte dos colegas o que a deixa mais tranquila no contexto escolar.

Aplicação do modelo de Resolução Criativa de Problemas (Isaksen & Treffinger, 2004) a um problema trazido pela jovem através do diálogo socrático. Definição do problema – medo, vergonha e ansiedade sentidos com a possibilidade de apresentar novamente um trabalho diante de toda a turma. Criação de ideias – criar uma lista de aspetos positivos do role-play que vai ter de desempenhar na aula de francês e começar a analisar as ideias que já tinham sido introduzidas num problema anterior semelhante a este (sessão 6). Para superar este problema e preencher a lista, analisámos a situação em que ia ocorrer o role-play e concluímos que a jovem ia contracenar com um dos amigos em quem confia, o professor é daqueles que não admite brincadeiras na sala de aula, é uma apresentação de pouco tempo e a conversa é telefónica, portanto pode utilizar as estratégias ensinadas anteriormente: como olhar para um ponto fixo (*e.g.* janela), ter na mão algo para aliviar o *stress* e centrar-se no professor se ficar nervosa. Para além disso, poderia também recorrer a estratégias de relaxamento em casa, Robot vs. Boneca de trapos e já na escola, falar para si própria e autovalorizar-se em conjunto com o controlo da respiração. Planeamento da ação – Após a análise de todas estas hipóteses e alternativas foi perguntado à paciente:

Terapeuta: O que achas que podia acontecer para te sentires mais confiante?

Paciente: Ficar de costas para os colegas que costumam gozar, porque assim não ia perceber se eles gozassem comigo ou ficar ao pé da carteira do professor.

Terapeuta: E caso não consigas ficar ao pé da carteira do professor?

Paciente: Se não conseguir mudar de lugar, vou fixar um ponto na sala ou olhar apenas para os colegas da frente.

Com esta pergunta a Bárbara, não só definiu sozinha algumas alternativas, como estabeleceu o seu plano de ação e escolheu a melhor alternativa para si. Ainda se alertou a paciente para o facto de o role-play representar uma chamada telefónica, o que era muito positivo porque lhe dava liberdade de não olhar para o seu parceiro e poder pôr em prática o que havia definido.

Sessão 12: Monitorização do comportamento da jovem. A análise dos seus comportamentos conduziu à reflexão da própria paciente de que os pais a protegeram demasiado e ainda lhe davam pouca responsabilidade, o que contribuiu para a sua falta de segurança e confiança. A discussão deste tema e deste pensamento levou à proposta de que a própria adolescente mostrasse aos pais a sua capacidade de ser autónoma e comesse a tratar das suas coisas. Por exemplo, foi-lhe proposto que comesse ela própria a marcar as suas próximas sessões no final de cada consulta, ou que no café/restaurante fizesse o seu próprio pedido, que fosse ela a ir buscar a encomenda dos seus livros, etc. Estes pequenos passos podem devolver alguma segurança à jovem e fazê-la acreditar de novo nas suas competências e ao mesmo tempo transmitir alguma maturidade da sua parte aos pais. Como é habitual, a Bárbara ficou entusiasmada e decidiu por em prática esta estratégia logo a seguir à sessão.

Sessão 13: Iniciámos a sessão com a monitorização dos comportamentos da paciente, onde se verificou que esta tinha seguido as estratégias que lhe tinham sido pedidas na sessão anterior e estava a conseguir ser mais independente.

Tendo o esquema de formulação de caso como guia, dedicámos a décima terceira sessão à socialização, de modo a trabalhar alguns aspetos que constituíam lacunas na interação da jovem. Utilizámos uma situação real que preocupa a Bárbara para criar alternativas de socialização que a deixem mais calma. A paciente vai passar o fim-de-semana com os pais a casa de uns tios que moram longe da sua casa. Os seus tios, têm três filhos rapazes, um muito mais velho que a Bárbara, do qual não tem vergonha e outros dois, um com a mesma idade da jovem e outro mais novo. A proximidade de idades começa a ser um problema para ela e apesar de ser um familiar, também com o primo evidencia sinais de ansiedade quando é exposta à socialização. Para abordar esta situação e de modo a criar estratégias para a resolução deste problema, fomos inicialmente analisar os comportamentos típicos das pessoas quando estão a socializar. Analisámos a postura corporal, gestos, expressões utilizados por

quem tem facilidade em socializar e em contra partida, identificámos comportamentos que dificultam e bloqueiam a socialização, que são os adoptados pela jovem, como olhar para baixo, mexer no telemóvel, passar despercebido num canto, ficar corada etc. Este exercício transmitiu à paciente a ideia de como pode agir em determinadas situações evitando os comportamentos bloqueadores de socialização. De modo a que a Bárbara não tenha de recorrer a essa postura, falámos também de tópicos de conversa que ela pode sempre utilizar com qualquer pessoa com quem não tenha muita confiança. Por exemplo, perguntar o que essa pessoa gosta de fazer e a partir daí pegar nos seus interesses, perguntar o que a pessoa vai fazer no fim-de-semana ou como vai a escola. Todos estes exemplos pretendiam abrir o leque de opções da jovem, mas no caso específico do seu primo era mais fácil. A jovem já conhece os seus gostos, por isso apenas tem de iniciar uma conversa sobre eles e evitar os comportamentos que a impedem de se sentir confiante no diálogo.

Para consolidar esta informação, com a autorização da mãe da paciente e da orientadora do caso, fomos a um café dentro da instituição onde nos encontrávamos e foi pedido à Bárbara que fizesse o pedido. Ficámos uns minutos sentadas a observar os outros e o modo como se comportavam nos seus diálogos, a adolescente tomou atenção aos pormenores que haviam sido introduzidos anteriormente e conferiu a sua veracidade. No final realizámos um pequeno role-play, onde éramos duas pessoas que não se conheciam e onde a Bárbara tinha de começar a conversa realizando um pequeno conjunto de perguntas sobre a outra pessoa. A jovem assumiu o seu papel e embora transmitisse que estava nervosa, conseguiu perguntar o que eu gostava de fazer nos tempos livres, foi capaz de responder a perguntas inesperadas e manteve contato ocular. Este exercício serviu como modelo de socialização e consolidação de aprendizagens. O facto de ter sido com pessoas reais, favoreceu a aprendizagem e a motivação da paciente.

Ainda nesta sessão, revimos um exercício que foi pedido à Bárbara na sessão anterior, no qual ela teria de escolher duas músicas, uma que ilustrasse o seu estado de espírito antes de vir ao psicólogo e outra música que ilustrasse o seu estado de espírito atualmente. A música escolhida que transmitia como se sentia antes foi “Over protected” da Britney Spears, defendendo que a música fala de uma jovem que quer respostas sobre a sua vida e ao ter sido muito protegida não se conseguia descobrir e é isso que a Bárbara sentia em relação a si própria. Em relação à música que transparece o que sente atualmente, a adolescente escolheu “Stronger” da Kelly Clarkson, defendendo que se identifica com o refrão, porque teve muitos progressos até aqui e isso tornou-a mais forte. Em vez de se deixar ir abaixo com tudo o que

aconteceu, ficou mais forte. Este tipo de atividade foi proposto com o intuito de pegar num dos interesses da jovem e permitir que houvesse reflexão da sua parte relativamente ao grande antes e depois que está a ter, motivando a jovem.

Sessão 14: Esta sessão foi dedicada à exploração dos atuais sentimentos da Bárbara. A ideia surgiu através do facto de se saber que a jovem gosta de arranjar as unhas e pintá-las, como tal, seria interessante e contribuiria para um aumento da relação terapêutica se transformássemos a sessão num momento de estética e ao mesmo tempo falássemos dos sentimentos. A atividade foi composta por 7 vernizes, cada verniz tinha um sentimento associado, o que permitiu pintar cada unha com uma cor diferente e ter acesso às situações que despertam os diferentes sentimentos na paciente. A jovem aderiu bastante bem à tarefa, não só por gostar de vernizes como também por gostar de falar do que internamente a preocupa. Com esta atividade pude ficar a saber que mudanças têm vindo a surgir no seu estado interno e o que ainda a preocupa. Os sentimentos abordados foram, o alívio, o medo, a tristeza, a raiva, o amor, a alegria e o arrependimento. Em cada um deles a Bárbara referiu situações que despoletam cada sentimento e em que ocasiões os consegue controlar, nomeadamente os mais negativos (*e.g.* tristeza, medo, raiva). À medida que a jovem iam escolhendo as cores referiu que: sentia alívio quando faz alguma coisa que pensava que não conseguia fazer e da qual tinha vergonha (*e.g.* apresentar um trabalho à turma). Refere ainda que o facto de sentir alívio quer dizer que já não há razão para preocupação. Relativamente ao medo, sente-o quando vai para a escola, porque pensa que podem gozar com ela e que algo pode correr mal. Quando vai para a praia ou para um sítio novo onde não conhece ninguém, tem receio do que possam achar dela, no entanto, refere que já está melhor e quando isto acontece tenta resolver pensando positivo. Ao medo, afirma que está associada a tristeza que sente devido à sua imagem e por não se sentir bem com ela. No entanto, este aspeto também parece já estar melhor, porque a jovem já distingue os comentários e não fica triste com o que as colegas dizem. Depois o verniz associado à raiva despertou na jovem lembranças de quando sentia raiva dos pais, “porque é que eles me fizeram assim”, “mais valia não ter nascido”. Rapidamente passámos para o amor e aí a jovem refere o que sente pelos pais (apesar de ter sentido raiva deles) e amigos, que tentam apoiá-la quando ela se sente em baixo. Passando para o verniz do arrependimento, a jovem confessa que está arrependida de não ter vindo ao psicólogo mais cedo, quando a mãe lhe disse para vir. Por fim, a alegria, atualmente revela que se sente feliz quase todos os dias e antes não. É este o sentimento que agora domina a sua vida e anteriormente afirma que era a tristeza, raiva e medo. Com esta

atividade, a jovem foi capaz não só de referir os momentos em que sente cada um dos sentimentos, mas também de fazer uma ponte entre o seu passado recente e o presente, sendo capaz de identificar as diferenças.

Sessão 15: Monitorização do comportamento da jovem. Em relação ao feedback acerca do seu fim-de-semana em casa dos primos a Bárbara afirmou que correu tudo bem, conseguiu falar e interagir com o primo e o resto da família, houve apenas duas situações mais complicadas para ela. Uma delas, relativa ao facto de a jovem ter ido com a família a um café da praia, mas pensava que não ia sair do carro e por isso levou uma roupa mais curta, o que a deixou desconfortável. Perante essa situação imediatamente sentiu nervosismo e pensou “porque é que eu vim com esta roupa?”, “agora toda a gente vai olhar para mim”. Para superar esta situação pensou que ninguém a conhecia na praia, o que aparentemente resultou, porque a paciente ficou mais calma. Contudo, a outra questão que a deixou desconfortável esteve relacionada com a atitude do seu pai durante todo o fim-de-semana, que esteve sempre a dizer para a filha relaxar em frente de toda a família e contou a todos que ela andava no psicólogo. Esta situação suscitou na jovem, nervosismo, raiva do pai, medo que outras pessoas ouvissem o que o pai disse e a julgassem, o que a faz sentir um mal-estar geral porque o pai estava a revelar os seus problemas em frente a outras pessoas, principalmente em frente aos primos. Para superar esta situação, a Bárbara refere que ignorou o pai, isolou-se um pouco do grupo e foi ouvir música. Não há dúvida que a jovem começa a ser capaz de lidar com os problemas recorrendo a estratégias que a deixam mais confortável, ainda que não fossem as melhores. Isto indica que ao contrário do que acontecia inicialmente, a paciente demonstra algum mecanismo de atuação perante um problema. De modo a explorarmos outras alternativas e a colocarmos em prática o modelo de Resolução Criativa de Problemas de Isaksen e Treffinger (2004), foi pedido à Bárbara que referisse outras maneiras de lidar com a situação, em vez de se ter isolado. A jovem foi capaz de apresentar inúmeras alternativas, referiu que podia ter começado a falar com o primo, em vez de se isolar, podia ter ido com o primo mais novo para o parque, podia ter pensado que o pai disse aquilo só em família, podia ter chamado à atenção do pai dizendo “estás a falar da minha vida no café” ou “sou eu a preocupar-me com a imagem e mais 90% das raparigas” ou podia pensar que o primo nunca ia gozar com ela, porque é família e já se estavam a dar bem. A paciente conseguiu pensar em alternativas diversificadas, que em nada estavam relacionadas com o isolamento que ela escolheu. Além disso, demonstrou maior fluência nas respostas e mais rapidez no seu pensamento.

Sessão 16: De modo a realizar um maior investimento no desenvolvimento das capacidades de resolução problemas, continuámos a dedicar as sessões à resolução dos mesmos. De modo a aumentar a flexibilidade no pensamento da jovem foram-lhe apresentados um conjunto de 10 objetos aos quais a jovem teve de fazer uma classificação das suas eventuais funções e referir tantas quanto as que se lembrasse. Posteriormente também foram apresentados dois problemas que teria de resolver como quisesse e mais tarde teria de resolvê-los utilizando obrigatoriamente a ajuda de alguns dos objetos que anteriormente classificou e que em nada se relacionavam com o contexto dos problemas. O primeiro problema era o seguinte: *“Estavas na praia com a tua melhor amiga, estavam as duas sozinhas e de biquíni porque estavam a molhar os pés à beira-mar. De repente ela é mordida por um peixe-aranha e fica deitada na areia a chorar, estava cheia de dores. Tu tens de ir buscar ajudar, mas já é tarde e está pouca gente na praia, então decides ir ter com o salva-vidas para pedires ajuda. No entanto, quando estás á procura dele, percebes que está no bar juntamente com outros amigos, com idades entre os 18 e os 20, e tens de ir falar com ele. O que fazes?”*. Este problema, traduz indiretamente alguns dos problemas que a Bárbara tem, daí ser importante fazer esta exposição imaginária e ao mesmo tempo desenvolver a sua capacidade de ultrapassar as situações. Sendo exposta a esta situação, a adolescente refletiu um pouco e conseguiu criar as seguintes alternativas: em vez de pedir ajuda ao salva-vidas, pedia ao senhor do bar ou tirava os medos da cabeça e ia falar com o salva-vidas ou chamava uma ambulância ou ajudava a amiga a ir até ao bar, porque deste modo não ia sozinha pedir ajuda ou pedia ajuda às pessoas que encontrasse na praia, ou por fim gritava por socorro mesmo que isso chamasse as atenções para a paciente. Passando para o segundo problema, *“Descobres que um grande amigo teu começou a fumar drogas. Ele não dá muita importância ao que está a fazer e diz que é normal. No entanto, tu achas que ele está diferente e até já baixou as notas na escola. Queres ajudá-lo, mas sempre que tentas ele afasta-se de ti e discute contigo. Além disso, já disse que se continuasses a insistir e contásse a alguém, ele ia espalhar por toda a escola os teus problemas. O que fazes?”*. O procedimento foi o mesmo do problema anterior e a jovem resolveu-o criando inúmeras alternativas: como não era muito grave que ele contasse o meu problema à escola toda, pois muita gente anda no psicólogo, eu ia contar aos seus pais o que estava a acontecer com o seu filho ou falava com o diretor da escola para fazer campanhas contra a droga e de prevenção ou dizia-lhe que mesmo que ele contasse os meus problemas, eu ia querer ajudá-lo na mesma ou ainda tentar ganhar a confiança dele e conhecer os amigos com quem ele costuma andar.

Para resolver estes problemas, a jovem já demonstra alguma flexibilidade de pensamento e rapidez na elaboração das respostas, como tal, foram introduzidos estímulos novos que a paciente teria de usar para resolver de novo os problemas. Foi-lhe pedido que resolvesse de novo o primeiro problema, mas desta vez através da ajuda de uma bolacha, tesoura, sapatilhas e ketchup (estes objetos foram classificados quanto ao grau de emoção que despertam na jovem, sendo que 3 são neutros e 1 é emocionalmente forte). A Bárbara ficou surpreendida e demorou bastante tempo a pensar nas soluções. Por fim deu as alternativas, mas em geral foram consideradas pobres em relação às alternativas sugeridas por ela anteriormente no mesmo problema. As sapatilhas, usaria se fosse ao bar chamar alguém, a tesoura usaria se fosse preciso cortar o facto de banho da amiga, colocaria ketchup ao pé do bicho para ver se ele se soltava e daria a bolacha à sua amiga para que ela a comesse enquanto não vinha a ajuda. O facto de ter sido a primeira vez que se introduziu este tipo de estímulos pode ter bloqueado o pensamento da jovem, mas é um exercício necessário para trabalhar a sua flexibilidade. Relativamente ao segundo problema, foi pedido à Bárbara que o resolvesse novamente, mas desta vez com a ajuda de uma máquina fotográfica, um elástico, um tijolo e umas chaves (estes objetos foram classificados quanto ao grau de emoção que despertam na jovem, sendo que 3 são neutros e 1 é emocionalmente forte). As alternativas encontradas foram: com a máquina fotográfica tirava fotografias ao amigo, para que depois ele pudesse ver o seu estado ou também podiam servir como garantia caso ele a ameaçasse, depois emprestava as chaves de sua casa para que ele se pudesse tratar sem os pais saberem, mas com a condição de que ele não voltava a fumar, utilizava o tijolo como exemplo para o seu amigo ver como estava a ficar estragado e por fim, prendia o seu cabelo com um elástico para que o seu amigo visse que a Bárbara já estava mais confiante e que tinha conseguido “curar” os seus problemas e que agora queria que ele também conseguisse “curar” o seu. No segundo problema, as alternativas utilizando os objetos parecem já ser mais elaboradas e utilizáveis. A própria paciente referiu que este problema foi mais fácil de resolver porque não está a lidar com estranhos, mas sim com um amigo. Houve uma boa adesão às tarefas e achou graça por serem um pouco inesperadas.

Sessão 17: Monitorização do comportamento da jovem. A Bárbara refere que continua a ter o apoio dos colegas da escola e em termos de roupa nunca mais teve problemas em vestir-se, não pensa na hora de escolher e veste de tudo, adequando ao seu estilo. Sente-se contente por conseguir estar à vontade em qualquer roupa, até mesmo saia e calções que já não vestia a algum tempo.

Posteriormente na sessão, pretendeu-se desenvolver a capacidade de análise crítica da jovem, mais uma vez através da análise de problemas. Neste caso, desenvolveu-se uma história com um final um pouco duvidoso do ponto de vista ético e também um pouco subjectivo: *“Duas melhores amigas começaram a gostar do mesmo rapaz. Uma delas conseguiu o número dele e sem que a sua amiga soubesse começou a falar com ele. Contudo, as duas jovens tinham feito um pacto para manterem a sua amizade, onde juraram que iam preferir-se uma à outra em vez do rapaz. Entretanto, a amiga que já falava com o rapaz conseguiu sair com ele e foi descoberta pela melhor amiga que os viu juntas na rua. A amizade delas terminou, mas a amiga que quebrou o pacto começou a namorar com o rapaz”*. O que foi pedido à jovem foi que comentasse a história de modo crítico, onde revelou que valoriza a amizade e não admite quebras de confiança. De qualquer modo, baseia-se em justificações que são as politicamente corretas, o que torna difícil saber se é essa a verdadeira opinião da Bárbara. Após a análise crítica deste texto, foi pedido à paciente que ela própria realizasse um problema do mesmo género do anterior, o resolvesse e fosse crítica em relação à sua resolução. A jovem escreveu o seguinte: *“Se a minha melhor amiga contasse a outras pessoas que eu tinha andado no psicólogo e que me achava gorda e feia, fazendo com que no dia seguinte as pessoas que souberam comesçassem a gozar comigo na escola, tipo a dizer para ir fazer exercício e dissessem que quem tinha contado tinha sido a minha melhor amiga”*. Este foi o problema apresentado pela Bárbara e ao qual respondeu que se isto se verificasse acabava a amizade com a sua amiga, porque se sentia traída por ela ter revelado os seus segredos. No entanto, era capaz de lidar melhor com isso e com as críticas porque muita gente vem ao psicólogo e não há mal nenhum nisso. Por outro lado, se as críticas fossem mais relacionadas com os problemas mais específicos, afirma que se ficava a sentir pior, embora agora conseguisse lidar com isso da melhor maneira porque já se sente melhor consigo própria e compreende as mudanças que está a sofrer. A paciente mostra-se mais à vontade com este tipo de atividades e demonstra em todas elas valorizar as amizades e o suporte lhe conferem.

Sessão 18: Esta sessão foi dedicada a uma análise de todas as estratégias que foram trabalhadas e implementadas até agora, saber o que resulta melhor para a Bárbara no dia-a-dia e se há alguma coisa ou estratégia que a jovem gostaria de ter acesso para ajudar na superação de algum problema específico. Começámos por analisar que estratégias a paciente aprendeu e utiliza através da enumeração das mesmas: Óculos Positivos (ajudou com a imagem), os diálogos que tinha com a terapeuta e os progressos sucessivos (fazem-na continuar), estratégias

para apresentação de trabalhos (ajudaram a que fosse mais sociável com os colegas dentro da sala), distrações como a dança, ouvir música, especialmente as que lhe dão motivação, falar para o espelho e olhar para os aspetos mais positivos (foi fundamental refere a Bárbara), o relaxamento, respiração e a resolução de problemas com a procura de várias alternativas. Falámos um pouco sobre cada uma delas e perguntei qual delas costuma usar mais e qual considera a melhor estratégia. A jovem considerou que os óculos positivos tinham sido os seus preferidos e que através deles consegue elogiar-se a si mesma, ganhar mais confiança e enfrentar os seus medos, podendo utilizá-los em variadas situações. Esta classificação da jovem é extremamente importante, tendo em conta que esta estratégia foi adaptada pela psicóloga numa das sessões. Posto isto, questionou-se a paciente quanto à necessidade de ter mais estratégias que a ajudassem e se lhe faltava trabalhar algum tipo de atividade, ao que respondeu que não falta nada em especial.

Realizada a análise e dado o feedback da jovem, continuámos o debate crítico escolhendo um tema relativo à sociedade que curiosamente foi proposto pela Bárbara, os ciganos. No entanto, ainda foram evidentes respostas politicamente corretas.

No final, propôs-se um trabalho de casa, onde teria de escrever um pequeno texto, poema, ou verso que descrevesse a passagem do que sentia antes para o modo como se sente agora. Como a Bárbara tem facilidade em exprimir as suas emoções e gosta de escrever, ficou contente e motivada com a tarefa.

Sessão 19: Como habitualmente, foi realizado uma monitorização do comportamento da jovem, onde esta voltou a referir que se sente mais à vontade com as pessoas, fez novos amigos e até já vai ao café à noite com uma amiga e a sua mãe. Além disso, trouxe o trabalho de casa que lhe foi pedido na última sessão e realizou um pequeno texto: *“Querida agenda, agora que andei a falar com uma pessoa que me ajudou a perceber várias coisas, aprendi que nós temos de ser nós próprios, porque quem gostar de mim tem de gostar pelo que eu sou. Eu tinha muitos complexos, não fazia a minha vida, ou quase nada, com medo de que as outras pessoas não gostassem de mim ou gozassem. Não era muito sociável, achava que todos eram sempre melhores que eu, mas agora como já tenho ou estou, aos poucos, a ganhar mais confiança fui-me apercebendo que nem toda a gente consegue fazer as coisas do mesmo jeito, umas fazem melhor e outras fazem pior. De uma coisa eu agora sei, nunca se pode dizer “não consigo”, antes de tentar. Nunca podemos desistir dos nossos sonhos e nunca, mas nunca deixar de acreditar em nós, porque se não formos nós, quem acreditará? Ninguém nasce perfeito, nem agrada a toda a gente. Eu agora sinto-me melhor e já tenho*

mais vontade de viver, sorrir e sei quem sou, porque o que importa é que nos sintamos bem no nosso corpo e com o que somos. Já consigo levar as bocas de uma maneira diferente, tipo brincadeira que entra a 100 e sai a 1000, mas continuo a ser muito desconfiada. Já consigo vestir coisas que gosto sem estar com problemas se outras pessoas vão gozar ou não e penso que se me sinto bem porquê não levar? Ando mais descontraída na rua, sem estar sempre a dizer ou perguntar coisas. Agora no final de Agosto comecei a sair à noite com a Mariana e a Joana, que são bem fixes. Costumamos dar voltas à cidade, mas é claro que nós tínhamos sempre cuidado e uma hora marcada para ir ter com a mãe da Mariana. Nunca tinha andado na rua à noite sozinha, às vezes é perigoso, porque metem-se muito conosco, etc., e eu não estou muito habituada”. Este texto expressa, de modo claro as mudanças da jovem e o modo como ela as vê.

Após a leitura e análise do texto que a jovem escreveu realizámos uma atividade de *Brainstorming* e aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas (Isaksen & Treffinger, 2004). Delinear um medo, que ainda permaneça e esteja relacionado com a escola:

Terapeuta: Consegues dizer-me os medos que ainda tens em relação ao regresso à escola?

Paciente: Sim, tenho medo de voltar a ter vergonha e a isolar-me dos rapazes outra vez.

Terapeuta: ok e mais?

Paciente: Mais nenhum.

Terapeuta: Esse medo não está relacionado com nenhuma situação nova, tens medo é de voltares ao que eras antes é isso?

Paciente: Sim

Terapeuta: Então e relativamente a todos os outros aspetos que conseguiste mudar, não tens medo também de regredir?

Paciente: Não tenho medo de voltar tudo ao que era, porque em relação às outras alterações estou confiante de que vou conseguir mantê-las, em relação aos rapazes é que ainda não.

Terapeuta: Muito bem, apesar de ainda estares insegura em relação a alguns aspetos, estás confiante em relação a outros e isso é muito importante. Vamos então imaginar que regressas à escola e passado umas semanas o teu medo começa a tornar-se real. Agora que mostras ser uma rapariga mais extrovertida e que já não se isola, os teus colegas começam a ganhar mais confiança contigo e partem para brincadeiras que são normais, mas que não te deixam tão à vontade. Embora não queiras que isso aconteça, passado um tempo comesas a isolar-te de novo e a sentir-te desconfortável perto dos teus amigos. Esta é a situação que querias a todo o custo evitar, no entanto, atualmente já tens mais confiança em ti e sabes que tens de resolver

esta situação. Ao procurares algo que te ajude a sair desta situação, encontras no teu bolso um clip perdido, como é que podes resolver este problema utilizando um clip?

Paciente: (De imediato) Se começassem a falar comigo e eu não me sentisse à vontade, pegava no clip e dizia que tinha de ir buscar umas fotocópias à reprografia.

Terapeuta: Boa, e mais?

Paciente: Podia também entrar na brincadeira e pôr o clip na cabeça dos rapazes, assim mostrava que estava à vontade.

Terapeuta: (risos) Essa também é boa. Mais?

Paciente: Se eles tivessem a meter-se comigo e eu não soubesse o que fazer, podia deixar cair o clip de propósito e assim, ao ter de apanhá-lo tinha algum tempo para pensar numa resposta ou arranjar uma desculpa para sair dali. Também podia mudar o assunto da conversa, para algo que estivesse relacionado com o clip, por exemplo perguntar-lhes se conseguiram copiar os apontamentos que a professora pôs no quadro ou assim.

Terapeuta: Muito bem estás a conseguir arranjar muitas soluções, consegues pensar em mais?

Paciente: Também podia usar o clip como maneira de descarregar a tensão, tipo abrir e fechá-lo.

Terapeuta: Boa, essa é utilizada por muita gente.

Paciente: Podia picar os rapazes e usar o clip para pôr na camisola deles.

Terapeuta: Podias entrar novamente na brincadeira não é?

Paciente: Sim

Terapeuta: Lembras-te de mais alguma alternativa?

Paciente: hum.... Não.

Terapeuta: Está bem, não faz mal. Consequiste pensar em 6 alternativas diversificadas e isso é muito bom, além disso de resolver o problema com ajuda de um objeto que não é muito usual para este tipo de situações. O que achaste do teu desempenho? Foi fácil, difícil?

Paciente: Foi fácil, as ideias surgiam-me na cabeça mais facilmente.

Terapeuta: Eu também notei que foste muito rápida e tiveste muitas ideias, achei ótimo. E se compararmos com exercícios anteriores, como por exemplo aquele em que tinhas de usar Ketchup para ajudares a tua amiga o que achaste?

Paciente: (risos) sim esse foi mais difícil para mim, agora não foi assim.

Terapeuta: Muito bem, estás a ficar especialista em resolver problemas.

Paciente: (risos)

Terapeuta: E agora se olharmos para todas as opções que deste, qual te parece a melhor?

Paciente: Eu acho que usava duas, aquela em que entrava na brincadeira lhe punha o clip na cabeça e aquela em que usava o clip para libertar a ansiedade.

Terapeuta: E porquê essas duas?

Paciente: A primeira porque eu acho que se eles virem que eu estou a levar as coisas na brincadeira é melhor, porque se pensarem que estou a levar a mal podem provocar-me mais. E a outra podia usar se falasse com alguém que não a deixasse à vontade.

Terapeuta: Ah, ok, mas isso pode acontecer com quem? Quando falares com os professores?

Paciente: (risos) Não com os professores não tenho problemas. Só se falar com aquela pessoa.

Terapeuta: Ahhhh (risos). Ok. Então quais são os benefícios que tiras de cada alternativa escolhida?

Paciente: Então, se entrar no espírito da brincadeira não ligam tanto e com a outra liberto o *stress*.

Sessão 20: Esta sessão foi uma sessão conjunta, onde estiveram presentes a terapeuta e as pacientes dos dois casos. A consulta começou sem a presença da Rafaela, uma vez que foi efectuada a monitorização dos comportamentos da Bárbara e a sua preparação para o regresso à escola e exposição a todas as situações que anteriormente a deixavam desconfortável. Numa fase posterior, a Rafaela juntou-se a nós já com a indicação do tipo de brincadeira que iam realizar na sessão, fazer de conta que ela é psicóloga e a Bárbara é uma paciente e vice-versa. Os tipos de problemas colocados foram fictícios em ambos os casos. Qualquer uma das pacientes encarnou bem o papel, embora fosse um pouco mais difícil para a Rafaela fazer de psicóloga, porque ao ser mais nova não sabia que tipo de perguntas ou postura teria de ter. No entanto, a terapeuta esteve sempre presente e actuou como se fosse uma psicóloga ajudante, sugerindo à “Drª Rafaela” o tipo de questões que deveria colocar. Quando chegou à parte de sugerir estratégias para enfrentar o problema da sua “paciente”, a criança foi muito rápida e direta, sugerindo todas as estratégias que lhe foram sugeridas a si própria durante as sessões que tem tido, utilizou o seu exemplo para ajudar a Bárbara. A utilização das mesmas estratégias terá sido possível porque o problema fictício apresentado pela Bárbara estava relacionado com medos de fantasmas e monstros, sendo em certa medida parecido com a problemática real da Rafaela. Quando revertemos os papéis e a Bárbara passou a ser a psicóloga e a Rafaela a paciente, passou-se o mesmo, a “terapeuta” utilizou estratégias que tem vindo a ser usadas para ultrapassar a sua problemática real. No entanto, como é mais

velha encarnou melhor o papel de psicóloga e tentou mais autonomamente resolver o problema da paciente, necessitando apenas da intervenção da terapeuta ajudante para controlar alguma impulsividade demonstrada pela Rafaela. No geral, foi uma experiência bem-sucedida, ambas as pacientes gostaram e conseguiram interagir entre si. Colocaram em prática os conhecimentos e estratégias que têm vindo a trabalhar nas suas próprias sessões de psicologia e isso demonstra aquisição e compreensão das informações fornecidas. Um aspeto curioso, foi o facto da Rafaela enquanto paciente, além de ter representado o problema que foi previamente definido, quis posteriormente representar também o seu verdadeiro problema e revelar o medo de ir à casa de banho. A sua desculpa, para acrescentar a sua real problemática, foi a de que a Bárbara era mais velha e por isso tínhamos de lhe “dificultar a vida”. À exceção deste pormenor, não vi exploração da criatividade em nenhum dos casos, nenhuma das pacientes introduziu estratégias novas na tentativa de resolver os problemas da sua “paciente”, no entanto, demonstraram possuir a capacidade de resolver problemas idênticos ao que as afetam.

Sessão 21: Monitorização do comportamento da jovem. A Bárbara regressou à escola e embora estivesse bastante ansiosa no início, revela que tudo correu bem, manteve as mudanças anteriormente alcançadas e até conseguiu falar com rapazes de quem tinha muita vergonha. A paciente afirma que se sente bem e verificou que nenhum dos seus receios se concretizou (*e.g.* o rapaz novo da turma gozar com ela). Afirma que agora dorme descansada, sem pensar no que vai ter de enfrentar na escola no dia seguinte, não há problemas de manhã por causa da roupa e vai com mais gosto para a escola.

Após a conversa habitual com a Bárbara, o resto da sessão foi dedicada à pós-avaliação, com a aplicação da *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças* (adaptação de Fonseca, 1992), o *Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens - SEQ-C* (Nogueira, 2008) e o *Torrance* (1974). Com a entrada na fase de pós-avaliação, entra-se também na fase final deste processo terapêutico.

Sessão 22: Na última sessão, deu-se mais uma vez a monitorização do comportamento da Bárbara. Houve a necessidade recordar todo o percurso da jovem e todos os objetivos alcançados até à data. Este exercício teve o intuito de enaltecer as capacidades da paciente e motivá-la para que continue a alcançar vitórias, mas agora sozinha. Para que não surgisse um sentimento de abandono ou desamparo, foi colocada a possibilidade de sempre que a jovem necessitar contactar a terapeuta por e-mail de modo a obter a ajuda que necessita.

ANEXO E

DETALHES DA PÓS-AVALIAÇÃO DA PACIENTE 1

Processo de Pós – Avaliação

Início da Avaliação: 18/09/12

Número de Sessões: 1

Local das Sessões: Centro de Desenvolvimento da Criança e do Adolescente de um Hospital da zona Centro.

Intervenientes presentes: A paciente e a terapeuta.

Instrumentos utilizados na pós-avaliação:

Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças (adaptação de Fonseca, 1992)

Questionário de auto-avaliação da eficácia para Jovens - SEQ-C (Nogueira, 2008)

Outras entidades envolvidas: Ao longo da pós-avaliação não houve necessidade de estabelecer contato com nenhuma outra entidade.

ANEXO F

QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO: PACIENTE 1

“O que eu penso e o que eu sinto” (RCMAS)

Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças

(Reynolds & Richmond, 1985, adaptação portuguesa de Fonseca, 1992)

INSTRUÇÕES

Segue-se uma lista de frases a descrever como às vezes as pessoas se sentem. Faz um círculo à volta do SIM ou do Não que se segue a cada frase, conforme concordares ou não com o que nela se afirma.

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. TENHO DIFICULDADE EM DECIDIR-ME..... | SIM | NÃO |
| 2. FICO NERVOSO(A) QUANDO AS COISAS NÃO ME CORREM BEM..... | SIM | NÃO |
| 3. PARECE QUE AS OUTRAS PESSOAS FAZEM AS COISAS MAIS FACILMENTE
DO QUE EU..... | SIM | NÃO |
| 4. GOSTO DE TODAS AS PESSOAS QUE CONHEÇO..... | SIM | NÃO |
| 5. TENHO FREQUENTEMENTE DIFICULDADES EM RESPIRAR..... | SIM | NÃO |
| 6. ANDO MUITAS VEZES PREOCUPADO(A)..... | SIM | NÃO |
| 7. TENHO MEDO DE MUITAS COISAS..... | SIM | NÃO |
| 8. SOU SEMPRE AMÁVEL..... | SIM | NÃO |
| 9. FICO FACILMENTE MAGOADO(A) E FURIOSO(A)..... | SIM | NÃO |
| 10. PREOCUPO-ME COM O QUE OS MEUS PAIS IRÃO DIZER..... | SIM | NÃO |
| 11. SINTO QUE OS OUTROS NÃO GOSTAM DA MANEIRA COMO EU FAÇO AS
COISAS..... | SIM | NÃO |
| 12. TENHO SEMPRE BOAS MANEIRAS..... | SIM | NÃO |
| 13. TENHO DIFICULDADE EM ADORMECER À NOITE..... | SIM | NÃO |
| 14. PREOCUPO-ME COM O QUE AS OUTRAS PESSOAS PENSAM DE MIM..... | SIM | NÃO |
| 15. SINTO-ME SÓ MESMO QUANDO HÁ PESSOAS COMIGO..... | SIM | NÃO |
| 16. COMPORTO-ME SEMPRE BEM..... | SIM | NÃO |
| 17. SINTO-ME ENJOADO(A) MUITAS VEZES..... | SIM | NÃO |
| 18. FICO FACILMENTE MAGOADO(A)..... | SIM | NÃO |
| 19. SINTO AS MINHAS MÃOS SUADAS..... | SIM | NÃO |

20. SOU SEMPRE BEM EDUCADO(A) PARA COM TODOS.....	SIM	NÃO
21. CANSO-ME MUITO.....	SIM	NÃO
22. PREOCUPO-ME COM O QUE VAI ACONTECER.....	SIM	NÃO
23. AS OUTRAS PESSOAS SÃO MAIS FELIZES DO QUE EU.....	SIM	NÃO
24. DIGO SEMPRE A VERDADE.....	SIM	NÃO
25. TENHO MAUS SONHOS.....	SIM	NÃO
26. FICO FACILMENTE MAGOADO(A)QUANDO ANDO CHATEADO(A).....	SIM	NÃO
27. SINTO QUE ALGUÉM ME VAI DIZER QUE ANDO A FAZER MAL AS COISAS.....	SIM	NÃO
28. NUNCA ME IRRITO.....	SIM	NÃO
29. ÀS VEZES ACORDO ASSUSTADO(A).....	SIM	NÃO
30. FICO PREOCUPADO(A) QUANDO À NOITE VOU PARA A CAMA.....	SIM	NÃO
31. TENHO DIFICULDADE EM CONCENTRAR-ME NO MEU TRABALHO ESCOLAR..	SIM	NÃO
32. NUNCA DIGO COISAS QUE NÃO DEVERIA DIZER.....	SIM	NÃO
33. MEXO-ME MUITO NA MINHA CADEIRA.....	SIM	NÃO
34. SOU NERVOSO(A).....	SIM	NÃO
35. HÁ MUITA GENTE QUE É CONTRA MIM.....	SIM	NÃO
36. NUNCA MINTO.....	SIM	NÃO
37. PREOCUPO-ME MUITAS VEZES COM QUE ME VÁ ACONTECER ALGUMA COISA MÁ.....	SIM	NÃO

Questionário de Auto-avaliação

Este questionário pretende recolher informação sobre o modo como os alunos reagem em certas situações. Não há respostas certas ou erradas. As respostas são confidenciais. Para cada uma das 24 afirmações assinale com um círculo a resposta que melhor corresponde à sua opinião sincera.

Ex: “Consigo fazer amizades com os meus colegas”

Nunca

Sempre

1 2 3 4 5

Se no seu caso, isto acontece sempre assinale o **5**. Se nunca acontece assinale **1**. Se por vezes acontece deve assinalar um **2**. Se acontece metade das vezes assinale um **3**. No caso de acontecer frequentemente deve assinalar um **4**. Se se enganar em alguma resposta faça uma cruz sobre o círculo e escolha outra resposta. Responda com base naquilo que acontece no seu caso e não com base no que acha que devia acontecer. Responda sem preocupação com o que respondeu nas questões anteriores ou com o que os seus professores gostariam que respondesse.

1.	Consigo fazer com que os meus professores me ajudem quando tenho dificuldade nos trabalhos.	1	2	3	4	5
2.	Consigo expressar as minhas opiniões quando outros colegas discordam de mim.	1	2	3	4	5
3.	Consigo voltar a ficar bem disposto/a quando acontece alguma coisa desagradável.	1	2	3	4	5
4.	Consigo estudar quando há outras coisas interessantes para fazer.	1	2	3	4	5
5.	Consigo acalmar-me depois de me assustar muito.	1	2	3	4	5
6.	Consigo fazer amizades com os meus colegas de escola.	1	2	3	4	5
7.	Consigo estudar um capítulo para um teste.	1	2	3	4	5
8.	Consigo ter uma conversa com uma pessoa que não conheço.	1	2	3	4	5
9.	Consigo não me enervar.	1	2	3	4	5
10.	Consigo fazer todos os trabalhos de casa diariamente.	1	2	3	4	5
11.	Consigo trabalhar bem com os meus colegas.	1	2	3	4	5
12.	Consigo controlar os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
13.	Consigo estar sempre com atenção durante todas as aulas.	1	2	3	4	5
14.	Consigo dizer aos meus colegas que estão a fazer uma coisa de que não gosto.	1	2	3	4	5
15.	Consigo encorajar-me quando me sinto em baixo.	1	2	3	4	5
16.	Consigo passar a todas as disciplinas.	1	2	3	4	5

17.	Consigo contar um acontecimento engraçado a um grupo de colegas.	1	2	3	4	5
18.	Consigo acalmar-me depois de ficar muito irritado.	1	2	3	4	5
19.	Consigo satisfazer os meus pais com o meu trabalho escolar.	1	2	3	4	5
20.	Consigo manter as amizades com os outros colegas.	1	2	3	4	5
21.	Consigo deixar de ter pensamentos desagradáveis.	1	2	3	4	5
22.	Consigo ter aproveitamento num teste.	1	2	3	4	5
23.	Consigo evitar conflitos com colegas.	1	2	3	4	5
24.	Consigo evitar preocupar-me com coisas que poderão acontecer.	1	2	3	4	5

Idade: _____ Ano de escolaridade: _____ Sexo: _____ Classificação na disciplina de _____: _____

ANEXO G

DETALHES DA PRÉ-AVALIAÇÃO DA PACIENTE 2 – Rafaela

Processo de Pré – Avaliação

Início da Avaliação: 30/01/12

Número de Sessões: 8

Datas das sessões de avaliação: 30/01/12; 06/02/12; 14/02/12; 02/03/12; 08/03/12; 21/03/12; 24/05/12 e 31/05/12

Local das Sessões: Centro de Desenvolvimento da Criança e do Adolescente de um Hospital da zona Centro.

Horário: Semanalmente, às quintas-feiras às 16:00h, durante aproximadamente 60 minutos.

Intervenientes presentes: Ao longo das sessões de avaliação estive sempre sozinha com a criança (excepto na primeira sessão). A mãe da Rafaela esperava sempre na sala de espera e por vezes perguntava-me como estavam a correr as coisas, contudo para além do preenchimento dos Questionários de Achenbach para pais não esteve diretamente envolvida no processo de avaliação.

Instrumentos utilizados na pré-avaliação:

Pedido de Avaliação Psicológica (versão abreviada da Anamnese)

Anamnese Completa

Teste do desenho da família (Corman, 1979)

Prova “Era uma vez” (Fagulha, 2002)

Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM)

Teste de Completamento de Frases (Zelazowska)

Questionário de Comportamento da Criança – Relatório do Professor – TRF (ASEBA)

Questionário de Comportamento para Pais – CBCL (ASEBA)

Inventário de Medos para Crianças – FSSC-R (versão Portuguesa de Isabel Sá, 1999)

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III)

TPCT – Teste de Pensamento Criativo de Torrance (1974)

Outras entidades envolvidas: Ao longo deste caso nunca foi estabelecido contato com a escola da criança ou com outros profissionais médicos. Contudo, um dos motivos que levaram a mãe

a requisitar ajuda psicológica está relacionado com a desconcentração da Rafaela e com a diminuição do seu rendimento no contexto escolar, como tal, inicialmente apenas foi pedida a colaboração da professora no preenchimento do Questionário de Comportamento da Criança – Relatório do Professor – TRF (ASEBA). Ao longo das sessões o desempenho da paciente foi sendo acompanhado na sala de aula e talvez seja necessário a médio-prazo contactar a professora da criança para verificar a severidade de alguns aspetos que foram identificados na avaliação.

ANEXO H

CONCEPTUALIZAÇÃO DO CASO DA PACIENTE 2

Conceptualização de caso – Paciente 2.

História do Desenvolvimento

Psicológico: A criança teve um desenvolvimento global adequado. A nível cognitivo, situa-se num nível médio superior relativamente à sua faixa etária, de acordo com a aplicação da WISC-III e em relação às matrizes progressivas coloridas de Raven obtém um valor superior ao percentil 95, situando-se num grau intelectualmente superior. Como tal, a Rafaela tem um bom desenvolvimento cognitivo e possui boas capacidades de aprendizagem. Relativamente ao ajustamento emocional, apesar de sentir a falta do pai e de enfrentar alguns medos relacionados com essa perda, é uma criança simpática, com óptimas capacidades de socialização e interação, quer com adultos como com os seus pares. Mostra ser uma criança esperta e criativa, que usa essas competências para fugir aos temas que não a deixam tão confortável, fê-lo nas sessões e em casa também o faz, segundo a mãe. Talvez pelo facto de ser uma criança ainda pequena apresenta alguma dificuldade em lidar com emoções negativas, preferindo evitar os assuntos que desencadeiam esse tipo de emoções. Os conteúdos, como a autoestima e a perceção que a criança tem de si própria não foram abordados na avaliação, porque nem o motivo da avaliação, nem a idade da criança justificavam a avaliação destas componentes emocionais. Contudo, a Rafaela revela alguma insegurança na execução de tarefas e por vezes inferioriza-se relativamente aos colegas de turma. Quanto às relações familiares, não parece haver alterações, apesar da ausência do pai. Além disso, a mãe da paciente tem-se esforçado para que a família mantenha as mesmas rotinas e as relações com a irmã e a mãe mantém-se fortes e saudáveis.

Os interesses da paciente são basicamente os mesmos de todas as crianças da sua idade, brincar, desenhar, fantasiar, o que tem sido uma mais-valia para as sessões terapêuticas, onde se têm utilizado esse tipo de atividades para avaliar e também intervir nas alterações demonstradas pela Rafaela, verificando-se uma enorme aceitação dessas estratégias por parte da criança. Os seus únicos problemas específicos que se manifestam parecem ser os medos que foi desenvolvendo e que a impedem de ser autónoma em casa e de dormir e brincar no seu quarto. Portanto, com exceção dos medos que a criança revela e a alguma confusão e mágoa que provavelmente terá em relação à morte do pai, o desenvolvimento psicológico da Rafaela não apresenta problemas.

Social: Não há evidências da existência de qualquer problema do ponto de vista social na família da Rafaela. A morte de um dos progenitores e contribuinte para a manutenção monetária da família é sempre um aspeto que pode desequilibrar a gestão financeira da família. Contudo, não há registos de

que isso tenha acontecido ao ponto de gerar problemas sócio-económicos, com a alimentação ou alojamento. Não sei se a família tem ajudas de outros familiares, mas até agora parece estar a gerir tudo da melhor maneira. Também não há a presença de diferentes culturas ou religiões na família, havendo apenas alguns familiares próximos emigrados. Este aspeto não parece influenciar a coesão da família alargada ou a relação da criança com as tias que vivem no estrangeiro, pelo contrário já teve oportunidade de viajar por causa disso e ir visitar a família.

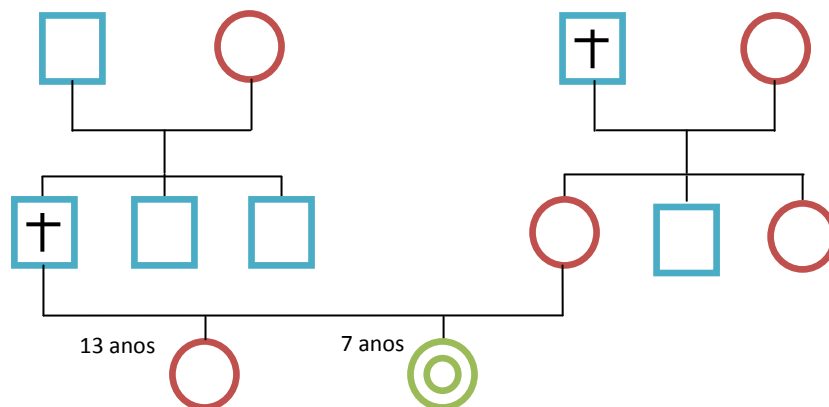
Médico/Fisiológico: O desenvolvimento fisiológico da criança tem sido sempre normal, houve um pequeno atraso no aparecimento dos dentes, mas nada de significativo. A mãe refere que a Rafaela é asmática, mas os sintomas só se verificam quando a criança está constipada ou fica com tosse. A presença de doenças na família é uma incógnita, pois a mãe não registou nada referente a esse aspeto na anamnese. O único problema conhecido é o aneurisma que o pai tinha e que nem a família, nem o próprio sabiam que existia. Este aspeto também nunca foi explorado, por motivos óbvios de falta de relevância para o processo e porque não havia necessidade de expor a família a este tipo de assuntos.

Contexto Escolar: A paciente está no 2º ano do primeiro ciclo e apesar das plenas capacidades que tem, houve um decréscimo no seu rendimento comparativamente com o primeiro ano. Esta situação coincide com o momento em que a mãe da Rafaela reparou em mudanças comportamentais mais acentuadas. A sua desconcentração na escola aumentou, a professora evidencia a falta de atenção e incumprimento de algumas regras que começaram a prejudicar a aprendizagem da criança e dos seus colegas. Tendo em conta que a mãe da paciente descreve a sua filha como tendo sido sempre uma criança calma e sossegada, torna-se estranho que de um momento para o outro tenha ficado mais irrequieta, faladora e distraída. Estas, mudanças podem estar relacionadas com a morte do pai, porém as maiores alterações, segundo a mãe, surgiram um ano após esse acontecimento. Apesar de todas estas alterações que influenciam, sem dúvida, o seu desempenho académico, a professora transmite a informação (através das fichas de avaliação de final de período) de que a aprendizagem da Rafaela é boa e que está ao nível dos outros meninos com exceção da matemática, que é um domínio mais fraco para a criança. Não há registo de conflitos neste contexto, quer com os professores ou com os colegas, porém a professora evidencia bastante a falta de atenção e a distração com os colegas, bem como o facto da criança ser muito faladora. Este será um aspeto importante a considerar na intervenção.

Contexto Familiar: A família tinha uma boa relação, as filhas tinham uma boa interação com o pai. Agora que o pai já não está presente a relação com a mãe tornou-se ainda mais forte, principalmente

entre a Rafaela e a mãe, porque está a atravessar um período mais complicado e porque tem medo de perder a mãe também. Esta preocupação é perfeitamente legítima uma vez que o que aconteceu ao pai foi de repente e sem nenhuma razão lógica para a criança. A mãe mostra-se muito preocupada com estes medos da filha, mas faz um bom trabalho tentando transmitir segurança e estar presente para ela sempre que precisa. Os conflitos que por vezes existem são com a irmã mais velha, a Rafaela gosta muito dela, mas por vezes acaba por ser chata. O facto de a sua irmã estar em plena adolescência leva a que muitas vezes os seus interesses e atividades não sejam compatíveis, desencadeando brigas entre as duas. Relativamente à família alargada, há contato regular com a família materna e penso que com a paterna também haverá. Arrisco dizer que deve ser com menos regularidade, mas mantém-se. Após a morte do pai da paciente, a sua avó paterna teceu duras críticas ao modo com a esposa do seu filho estava a lidar com o processo de luto e isso afastou a mãe da Rafaela da família do marido e diminuiu a sua confiança em relação às suas tomadas de decisão no seu papel de mãe.

Genograma



História da Família: Relativamente a este ponto não há muito a acrescentar, a Rafaela vivia com os pais e a irmã, neste momento vive apenas com a mãe e a irmã mais velha. Ambas as filhas foram muito desejadas pelos pais, sempre houve e continua a haver, apesar de tudo, uma grande harmonia familiar. Como referi anteriormente, o único conflito que parece ter surgido foi entre a mãe da paciente e a sua avó paterna, que não concordou com algumas decisões que a esposa do seu filho foi tomando após a morte do mesmo. Posso referir alguns dos exemplos que me foram dados, poucos meses após a morte do seu pai, a Rafaela e a irmã fazem anos e a mãe não quis que aquela situação as privasse de um dia feliz e realizou uma festa de anos para as filhas, tendo sido muito criticada pela sogra. O facto de não ir todas as semanas ao cemitério também desagradou a senhora, entre

outras situações. Não tenho informação se este conflito influenciou a relação entre as netas e a avó/família paterna.

Competências cognitivas, sócio-cognitivas e ajustamento psicossocial identificados na avaliação: Qualquer um destes aspetos já foi focado nos tópicos anteriores, concluindo-se que a Rafaela é uma criança que embora tenha capacidades cognitivas adequadas, demonstra alguma distração perante estímulos novos e utiliza-os para desenvolver um novo tópico de conversa, desviando a atenção dos outros intervenientes. Esta falta de atenção, que foi referida pela professora pode estar na origem da diminuição do seu rendimento escolar, que apenas se verificou no início do segundo ano, porque também é um ano mais exigente e que requer mais concentração do que o primeiro. Este aspeto relativo à falta de atenção foi sendo monitorizado, como já referi anteriormente, para que se a algum momento fosse necessário intervir, estarmos preparados e tomarmos as providências necessárias, desenvolvendo uma intervenção comportamental na escola e se não resultasse, avisar a mãe que havia sempre a hipótese de medicação (esta hipótese é sempre considerada pela equipa do Centro de Desenvolvimento).

Diagnóstico DSM-IV-TR (2002)

O caso da Rafaela é um pouco mais difícil de diagnosticar que o da paciente 1, porque tem características que encaixam em dois tipos de perturbações. Embora os medos que a criança revela (*e.g.* dormir no seu quarto sozinha, medo do escuro, medo do fantasma, etc.) estejam classificados como normais para a sua faixa etária (Méndez, 2002), estão também associados a um acontecimento traumatizante que ocorreu na sua família, a morte do seu pai. Este acontecimento repentino é desencadeador de todos os medos e reações evidenciadas pela Rafaela, o que faz com a maioria as características deste caso correspondam a um diagnóstico de Perturbação de Ansiedade, mais especificamente Perturbação Pós-*stress* Traumático (APA, 2002). No entanto, o medo e ansiedade revelados pela criança dizem respeito a uma situação específica, dívida entre entrar no seu quarto sozinha e ir à casa de banho de sua casa sozinha. A criança não evidencia este tipo de medos incapacitantes na casa de outras pessoas, apenas na sua. Como tal, as características deste caso, também coincidem com os critérios apresentados numa outra Perturbação da Ansiedade, a Fobia Específica (APA, 2002).

Tomando em consideração a história pessoal e familiar da criança, talvez seja mais adequado referir que este caso apresenta maiores semelhanças sintomatológicas com o diagnóstico de Perturbação Pós-*stress* Traumático, na medida em que o desenvolvimento dos sintomas

característicos da paciente surgiu após a exposição da criança a um acontecimento inesperado, a morte do seu pai (APA, 2002). Analisando os critérios de diagnóstico para esta perturbação verifica-se que a criança foi confrontada com um acontecimento que envolveu a morte real de uma pessoa muito próxima (critério A1); a sua resposta a esta situação envolve o desenvolvimento de condutas agitadas e desorganizadas (critério A2); é confrontada com lembranças intrusivas sobre o pai e sobre o que aconteceu (critério B1), o que leva a paciente a evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma ou à pessoa que partiu (critério C1), assim como também evita atividades e lugares que desencadeiam lembranças do trauma ou da pessoa que partiu (critério C2), como por exemplo evita entrar no seu quarto e pediu à mãe que tirasse tudo o que o pai colocou nesse local (*e.g.* cortinas, pinturas, molduras, fotos, etc). Além disso, a criança que dorme com a mãe desde que o pai faleceu, tem sonos agitados com a presença de sonhos perturbadores (critério B2). Associadas a esta característica, surgem também a dificuldade de concentração na escola (critério D3) e a hipervigilância (critério D4), no sentido em que presta atenção a todos os estímulos novos e tem um discurso e postura de socialização muito acelerados. Por fim, a duração de todos os critérios apresentados anteriormente já tem mais de um mês (critério E) (APA, 2002) e alguma da sintomatologia já se mantém desde a morte do pai, à cerca de 2 anos.

Com este diagnóstico ficam identificadas a maioria dos sintomas apresentados pela Rafaela, contudo é importante ter em conta a idade da criança e o que lhe aconteceu. Em muitas crianças que sofrem separações durante a infância devido a mortes de familiares é normal apresentarem quadros de dificuldades na escola (*e.g.* desconcentração), perturbações no sono e medo de perder outros familiares (Méndez, 2002), o que também é consistente com o caso da Rafaela. Com isto pretende-se chamar à atenção para a hipótese de ainda existir um processo de luto a decorrer, que tendo em conta a idade atual da criança poderá apenas concluir-se quando a paciente tiver idade para compreender o que aconteceu. Neste sentido, este diagnóstico não é definitivo, identificaram-se apenas algumas semelhanças entre o caso da Rafaela e a perturbação descrita. Devido à complexidade do caso e idade da paciente não há informação suficiente que permita afirmar com certeza de que se trata de um caso de Perturbação de Pós-*stress* Traumático ou de uma reação normal de um processo de luto mais prolongado.

Dinâmica do Caso

Factores Predisponentes: Como factores predisponentes desta problemática posso referir apenas a forte ligação familiar que unia o pai aos restantes membros da família, que obviamente torna o processo de luto ainda mais difícil. A tenra idade da criança também pode levar a que a Rafaela

tenha alguma predisposição para reagir com evitamento, rejeição e medo a esta situação, pois não consegue compreender ainda a complexa problemática da morte e do que significa na realidade. A criança não é capaz de racionalizar todas as informações a que tem acesso relativamente ao facto do pai a poder ver, poder mandar sinais e entrar em contacto com a família. Todas essas questões místicas causam medo a qualquer criança da sua idade e se fosse mais velha provavelmente isso já não aconteceria, pois seria capaz de compreender melhor a situação. Relativamente à falta de atenção evidenciada, a Rafaela poderia já ter uma predisposição biológica para isso acontecer, apesar de a mãe referir que foi sempre uma criança calma e sossegada. As suas características de extroversão também podem levar a que a criança se distraia mais com os colegas e não consiga estar atenta.

Factores Desencadeadores: O factor desencadeador principal é sem dúvida a repentina morte do pai, que veio provocar na vida da criança a necessidade de uma readaptação e reestruturação extrema, e talvez só com a idade a Rafaela seja capaz de assimilar e compreender. Os medos, comportamentos de rejeição e a maior ligação com a mãe tornando-se novamente muito dependente dela, pode ter sido desencadeado devido à trágica situação que ocorreu na sua família, uma vez que estas alterações só se verificaram após se dar esse acontecimento. As suas reações na escola também podem estar relacionadas pela morte do pai, no entanto isso parece menos provável, até porque só um ano após a sua morte é que a criança mudou a sua conduta na escola. Portanto, como desencadeador desta situação pode estar o facto de estar rodeada de amigos e ser muito extrovertida e gostar de conversar. A passagem do primeiro ano para o segundo e o aumento das suas exigências pode ter desencadeado também maior distração na criança, podendo esta estar a ter dificuldades na aquisição de algum conhecimento e ainda não ter sido detectado.

Factores de Manutenção: Os factores anteriormente identificados como factores desencadeadores, funcionam também como factores de manutenção, na medida em que vão perpetuando e alimentando as reações da criança. A preocupação da mãe em ajudar as filhas a ultrapassar esta perda é positivo, mas pode também ser prejudicial. A mãe tenta proteger a filha tentando que ela viva a sua vida normalmente, mas ao mesmo tempo vai alimentando os seus medos, mesmo sem se aperceber disso. Ao querer explicar à filha o que aconteceu, querer falar com ela, querer que ela partilhe o que está a sentir não ajuda a Rafaela, pelo contrário só a deixa triste porque está constantemente a lembrá-la do que aconteceu. O mesmo acontece com o facto de permitir que a filha durma consigo, mesmo quase dois anos depois da morte do seu marido. Este será um bom aspeto onde intervir.

Factores Protetores

Resiliência: A maturidade e inteligência da Rafaela são as suas maiores potencialidades na hora de resolver os seus medos e problemas. Estas características permitem uma aderência enorme às estratégias propostas, permitindo ao longo do tempo obter resultados muito positivos. Além disso, acabam por facilitar a intervenção, permitindo-nos optar por estratégias simples e diretas.

Recursos: Apesar de se preocupar, talvez em excesso, com a filha e com as suas reações, a motivação da mãe da Rafaela em resolver as manifestações comportamentais da filha é sem dúvida um bom recurso. O apoio da família e a possível constituição de um novo agregado familiar (através da introdução de um novo elemento masculino na família), já analisado pela mãe, podem ser úteis para ajudar a criança a reconstruir a ideia da família e a preencher a lacuna sentimental com que a criança ficou.

Intervenção – Procedimento

Sessão 1: Entrevista Clínica

Sessão 2: Continuação da avaliação qualitativa da Rafaela através da aplicação do *Teste do Desenho da Família* e da prova “Era uma vez”. Ambas as provas avaliam a componente emocional da criança, uma vez que a perda de um familiar próximo pode constituir uma ameaça ao equilíbrio emocional de quem está mais próximo e mais vulnerável, neste caso, a Rafaela. A relação terapêutica começa a construir-se através de diálogos sobre os interesses da criança, o que também permite conhecê-la um pouco melhor.

Sessão 3: Avaliação cognitiva através das *Matrizes Coloridas de Raven*, exploração das percepções da criança através do *Teste de Completamento de Frases de Zelazowska* e da sua imaginação através de um desenho livre. A criança demonstra já ter muita confiança em sessão, começando a querer controlar e desviar os assuntos que menos lhe interessa falar. Mostra-se muito faladora e demonstra esperteza no modo como dá a volta às questões que por vezes lhe são colocadas.

Sessão 4: Nesta sessão o processo avaliativo ocorreu através de uma brincadeira faz-de-conta com alguns animais, que levou a paciente a por em prática grande parte da sua imaginação infantil, que se focou nas relações familiares, neste caso entre animais. A Rafaela demonstrou de imediato um grande à vontade com este tipo de atividade e esteve entusiasmada durante toda a sessão. Para além disso, houve ainda a aplicação de um instrumento de avaliação comportamental, o *Questionário de Comportamento para Pais – Achenbach* e a leitura de um livro infantil, que serviu para acalmar a criança de toda a excitação que trazia da brincadeira anterior e reforçar a construção da aliança terapêutica.

Sessão 5: Monitorização do comportamento da criança. Exploração dos sentimentos da criança através do desenho, atividade preferida da Rafaela durante as sessões. Foi pedido à paciente a realização de vários desenhos, o que a deixou muito motivada. Inicialmente foi-lhe pedido que desenhasse uma situação ou momento que a deixasse ou tivesse deixado feliz. A Rafaela começou de imediato o desenho e representou, ao pormenor, um dia passado em família com os pais e a irmã, numa viagem que fizeram. É uma das boas recordações que tem do pai e afirmou que tinha sido um dia muito bom para ela. Com o entusiasmo decidiu realizar outro desenho de uma situação que lhe traz felicidade, o Carnaval. Posteriormente, foi pedido à Rafaela que desenhasse uma situação que a faz ou fez ficar assustada e a criança desenhou uma cobra e um fantasma. A Rafaela é sempre muito expressiva, mas isso evidencia-se mais em situações que lhe provocam alguma ansiedade ou medo,

reagindo de maneira muito característica, elevando sempre o tom de voz e enjelhando o nariz, e foi o que aconteceu quando me descreveu o desenho. Apesar de dizer que tem medo de cobras e fantasmas, nunca viu nenhum dos dois. Por fim, foi pedido à criança que desenhasse uma situação que a deixasse ou deixa triste. A Rafaela ficou espantada com o pedido e pensou nele, mas acabou por dizer que não encontrava nada que a deixasse triste, porque ela nunca ficava triste. Questionou-se a sua afirmação dizendo-lhe:

Terapeuta: Não há nada que te faça triste? Que sorte. Eu tenho.

E mais uma vez a paciente pensou em algo, acabando por dizer que não havia nada que a deixasse triste. Assim sendo a sua decisão foi respeitada e não se insistiu mais. Depois de todos os desenhos e já na fase final da sessão, procedeu-se à aplicação do *Inventário de Medos para Crianças*, uma vez que se pretendia centrar alguns dos motivos iniciais indicados pela mãe na primeira consulta (os medos).

Sessão 6: Esta sessão foi dedicada a uma conversa direta com a Rafaela acerca dos seus medos e das preocupações da mãe, que produziu resultados muito positivos e provou ser mais eficaz que todos os jogos e atividades realizados até então. Numa conversa de “adultos”, na qual se teve de “desviar” todas as tentativas de fuga à conversa, a criança acabou por ser bastante madura e direta, esclarecendo todas as dúvidas relacionadas com os seus comportamentos. Relativamente ao evitamento que faz em relação aos assuntos relacionados com o pai, esclareceu que: “Eu não gosto de falar da morte, a mãe quer falar disso porque o pai já morreu, mas ela também não gosta de falar porque se lembra e isso deixa-a triste e a mim também”. Esta resposta surpreendeu-me e pude ver a Rafaela sem as defesas e mecanismos que normalmente tem para fugir às conversas. Em relação aos medos que tem em ir à casa de banho sozinha e dormir sozinha, estão relacionados também com a morte do pai, mas mais especificamente com uma situação que ocorreu, enquanto a criança tomava banho. Estava com a mãe na casa de banho e a luz fez interferência, apagou-se e ligou-se algumas vezes seguidas, a paciente assustada perguntou à mãe se aquilo era o pai. A senhora não sabia o que dizer, mas como não queria que a filha ficasse com medo disse que não sabia, mas se fosse o pai, não tinha mal, era apenas um sinal de que ele as estava a ver. A partir daí o medo da Rafaela piorou.

Com esta sessão e tipo de abordagem, todos os porquês ficaram esclarecidos e posteriormente procedeu-se à intervenção dos mesmos.

Sessão 7: Monitorização do comportamento da criança. Utilização de um desenho realizado pela terapeuta com o objetivo de intervir junto das crenças e medos que a criança foi desenvolvendo

relativamente às aparições e sinais do pai em casa. Esta atividade pode, de certa forma, funcionar como reestruturação cognitiva. O objetivo, foi representar a situação de um grupo de amigos, em que um deles já estava no céu, tal como acontecia com a família da Rafaela. Contudo no desenho evidenciou-se a existência de uma linha imaginária que embora o amigo que está no céu queira muito falar e ver os seus amigos, não consegue por causa dessa linha. O mesmo acontece com o pai da paciente, está no céu, mas não consegue comunicar com a sua família que está na terra e por isso a jovem não tinha de se preocupar. Os amigos que estão na terra, têm muitas saudades do seu amigo, tal como a Rafaela, a mãe e a irmã, mas também não podem falar ou ver quem já foi para o céu. Através do desenho e da analogia que a ele está implícita, a criança pode compreender e repetir o que a terapeuta referiu, mostrando aceitar o que tinha acabado de ouvir. Algumas sessões mais tarde, voltou a falar desta linha imaginária, demonstrando processamento e aquisição desta informação. No final da sessão, houve necessidade de realizarmos um role-play, representando o contexto escolar, nomeadamente a sala de aula. O objetivo foi desenvolver alguma capacidade para “fugir” às distrações dos colegas, para tal, a Rafaela fez de si própria e a terapeuta representou o papel de uma amiga que está sempre a distraí-la. Antes de representarmos a cena, combinámos algumas frases que a criança podia usar para dizer à sua amiga que não queria conversar e depois realizámos o role-play. Cada vez que a terapeuta a chamava e lhe puxava a camisola ou falava para ela, a Rafaela virava-se e dizia “ Oh Mariana, agora não posso conversar tenho de acabar o exercício” ou “Falamos no intervalo Mariana” ou “Não faças barulho que quero ouvir a professora”. Todas estas frases foram desenvolvidas juntamente com a paciente, com o intuito de ela pudesse controlar a sua atenção na sala de aula, eliminando os estímulos distractivos que a própria criança identificou. A própria criança também criou algumas expressões que poderia utilizar nesta situação, embora não fossem as mais produtivas (e.g. “cala-te Mariana”; “ não me chateies”; “xii, deixa-me ouvir”).

Sessão 8: Monitorização do comportamento da criança. Externalização do problema através de brincadeira faz-de-conta: para trabalhar a criação de alternativas na resolução de problemas (Isaksen & Treffinger, 2004). A aplicação deste modelo realizou-se através de uma brincadeira faz-de-conta com duas barbies, uma para a terapeuta e outra para a Rafaela. A brincadeira começou com a pergunta acerca do nome das bonecas e que tipo de relação iam ter, se eram amigas, irmãs, mãe e filha, etc. A Rafaela acabou por decidir que se chamavam “Sheina” e “Inês” e eram irmãs. Definidas as personagens iniciou-se a sua história, *“Estas irmãs eram duas princesas que nos tempos da sua infância viveram neste castelo, mas quando ainda eram pequenas tiveram de ir embora para outra cidade, com os seus pais. Agora já crescidas voltaram ao castelo onde*

nasceram. Porém, a princesa Sheina, que é a mais nova das duas irmãs, ao chegar ao castelo, depara-se com algo tão grande e sombrio e não consegue entrar, tem medo". Depois desta introdução, foi dito à paciente que precisávamos de resolver o problema da princesa. Perguntou-se o que é que ela achava que a Sheina podia fazer para superar esse medo. Com uma impulsividade que a caracteriza, a paciente respondeu de imediato que a princesa tinha de fechar os olhos, falar com ela própria e dizer que ia conseguir e entrar no castelo. Esta opção era muito aceitável e exequível, o seu esforço foi reforçado e foram-lhe pedidas outras possibilidades. Posto isto, já teve de pensar um pouco mais e acabou por dizer que as irmãs deviam dar as mãos e entrar juntas, depois abriam os olhos e viam que nada de mal tinha acontecido. Após estas duas sugestões, decidiu-se inserir outra situação, *"Agora que as princesas já conseguiram entrar dentro do castelo, havia outro problema. A princesinha Sheina não conseguia entrar no quarto ou ficar lá sozinha. Como podemos ajudá-la?"*. Para este novo problema, a criança revelou que a princesa devia ir para o seu quarto e quando sentisse medo, devia cantar para não se sentir tão sozinha. Posteriormente, ao ser mais incentivada disse que a irmã mais velha podia ir dormir com a Sheina ou podia ficar com ela só na primeira semana para a Sheina não ficar nervosa e depois de adormecer ia-se embora. O facto de ter sido flexível e ter adaptado as suas sugestões às condições da brincadeira valeu-lhe um reforço por parte da terapeuta. Aproveitando as alternativas geradas pela Rafaela, foi-lhe perguntado se ela achava que algumas das estratégias que sugeriu poderiam ser utilizadas por ela para conseguir entrar no seu quarto. A criança respondeu que sim, a última sugestão foi a indicada por ela, porque não gosta de estar sozinha no seu quarto. Esta brincadeira, mais especificamente esta pergunta final, serviram de ponte para a implementação da estratégia comportamental que se segue. Como a sua resposta à tarefa foi, de certo modo positiva, propôs-se à Rafaela se era capaz de dormir no seu quarto em vez de dormir no quarto da mãe. Inicialmente disse que não, mas analisando tudo o que tinha no seu quarto, tudo o que poderia fazer e já não fazia ou via à muito tempo, considerou e disse que queria passar a dormir no seu quarto. Posto isto, chamou-se a mãe e deu-se início a uma estratégia comportamental com a presença da mãe e progressivo afastamento desta na hora de dormir, como a qual mãe e filha concordaram. O que teriam de fazer era simplesmente preparar-se para a hora de dormir, mas desta vez, não no quarto da mãe onde a criança atualmente dorme, mas no quarto da Rafaela. Assim que a criança se deitasse a mãe ficava num puff que há no quarto até a criança adormecer e diariamente ou semanalmente ia afastando o puff até a criança habituar a adormecer sozinha. Deste modo, surge uma estratégia de exposição gradual às situações que provocam medo, neste caso estar e dormir sozinha no seu quarto.

Sessão 9: Monitorização do comportamento da criança. Com apenas uma semana após a mudança para o seu quarto, a Rafaela vinha radiante e muito motivada, pois agora já dormia sozinha no seu quarto. A mãe também estava muito contente e confirmou que a filha se tinha portado bem.

Mais à frente na sessão continuámos com uma atividade relativa à externalização dos medos da criança através de uma história chamada “O lugar especial da Alice”, que a Rafaela tinha de completar e ao lado do texto vinha uma boneca para colorir que representava a Alice. A Rafaela mostrou interesse imediato e até quis ler ela própria a história. Começou muito bem a ler a história, mas depois de ler duas linhas desistiu, porque não estava a conseguir ler algumas palavras. Posto isto, pediu à terapeuta para ler: *“O meu lugar especial é o meu quarto. É um mundo só meu com tudo o que se pode desejar. Tenho o meu ursinho Tedi que me ajuda no que eu precisar. Tenho uma cama fofinha e uma janela bem grande, olhando através dela tudo posso imaginar. Um elefante, um arco-íris ou que estou a viajar. Mas nem sempre fui assim, preferia ficar com a mãe, tinha medo que _____ . Por causa disso deixei de brincar , os meus brinquedos sentiam a minha falta e a minha televisão deixou de trabalhar. Até que um dia eu pensei como é que posso voltar? Tinha saudades do meu quarto e do meu cantinho especial, pensei que para vencer o medo tinha de fazer algo genial. Mas afinal não foi difícil, depressa percebi o que fazer. Só precisei de _____ , para aquele medo desaparecer. Hoje vivo no meu quarto rodeada de tudo o que é bom e me faz feliz. Agora, antes de lá entrar já não é preciso a mãe dizer “Alice não torças o nariz!”. E lá estou eu toda contente a apreciar o meu lugar, pois lá bem no fundo é o melhor sítio para se estar.”* À medida que ia lendo o texto, a criança identificou-se com a história e repetiu algumas vezes “ela é como eu”. Com esta história identificou-se o problema e os espaços em branco que a Rafaela tinha de preencher representam as alternativas que pode criar para superar esse mesmo problema.

Depois de explicar à paciente o que tinha de fazer, fez-se uma revisão da história e procedeu-se ao preenchimento do primeiro espaço. Questionou-se a criança acerca do que é que ela achava que a Alice teria medo, para não querer entrar no quarto. De um modo impulsivo respondeu “do pai”, mas essa não foi a resposta que escreveu. Preferiu escrever “do fantasma”, quando questionada sobre que fantasma seria esse, acrescentou “sem cuecas”. Nitidamente há aqui uma fuga para a brincadeira, ela tenta responder de forma lúdica para fugir às perguntas e às explicações. Passando para o segundo espaço, escreveu “esperar” e mais uma vez se questionou a criança, “esperar pelo quê?”. Para responder à pergunta, completou a frase e escreveu “esperar para o medo desaparecer”. Quando se perguntou se também era isso que ela tinha feito para deixar de ter medo de entrar na casa de banho e no quarto, a Rafaela referiu que sim era isso que tinha feito e que tinha pensado que

“temos de conseguir só é preciso ter força”. Esta última frase internalizadora surpreendeu, porque este raciocínio não é muito comum nas crianças desta idade.

A aliança terapêutica está estabelecida, a criança tem uma boa relação com a terapeuta, confia nela e respeita as suas ordens. No final desta sessão convidou a psicóloga para ir a sua casa ver o seu quarto. Apesar de ser um convite que, por questões éticas não se deve realizar, demonstra o carinho que a criança já desenvolveu pela terapeuta.

Sessões 10 e 11: Monitorização do comportamento da criança e aplicação da *Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição* (WISC-III) com o intuito de avaliar a relação existente entre as capacidades cognitivas, nomeadamente o quociente de inteligência da Rafaela e a sua capacidade em ser criativa.

Sessão 12: Monitorização do comportamento da criança. Na escola, os professores queixaram-se da falta de concentração da Rafaela e por isso, realizou-se uma pequena prova para testar a criança e ver até quanto tempo conseguia estar em silêncio. Ao ser desafiada correspondeu com motivação, por estava a entrar num “jogo”. No entanto, embora tivesse muita motivação, não conseguiu ficar calada e sossegada durante os 3 minutos que lhe foram propostos. Após esta atividade, voltou a reforçar-se o role-play e as competências sociais e de assertividade na sala de aula, que tinham sido trabalhadas numa das sessões anteriores. No final, procedeu-se à aplicação do instrumento de avaliação de Torrance (1974), que avalia precisamente o grau de criatividade e vai complementar a avaliação cognitiva efectuada nas duas sessões anteriores.

Sessão 13: Monitorização do comportamento da criança. A Rafaela continua a cumprir as regras que a mãe impôs e tem continuado a dormir no seu quarto sozinha. Depois da monitorização habitual em cada sessão, continuámos a trabalhar a resolução de problemas apelando à criatividade através da aplicação do modelo CPS (Isaksen & Treffinger, 2004). Para tal, foram incluídas na sessão imagens de desenhos animados conhecidos das crianças e para cada um havia uma história. Uma das figuras representava uma menina de um filme de Disney, que na imagem mostrava estar com medo de monstros. Ao apresentar a imagem da menina à Rafaela, fez-se uma pergunta, “o que fazer para que ela deixe de ter medo?”. Logo em seguida, a paciente começou a pensar em alternativas para tentar mudar o sentimento da menina e fazer com que ficasse mais tranquila e feliz. A primeira foi, a mãe da menina via o quarto todo, debaixo da cama, no armário, etc. e percebia que não havia monstro nenhum; outra alternativa era a menina dizer para si mesma que era forte e que por isso já não havia monstros; ou então a mãe fazia um teatro a fingir que matava o monstro que vivia debaixo da sua cama; outra opção seria a mãe dormir lá na cama com a menina até ela

adormecer, ou por fim, a mãe tentar explicar à filha que o monstro não existe, para isso decidiu esconder-se e apagar a luz para ver se algum monstro aparecia, como não apareceu a menina ficou mais tranquila. Estas foram as opções criadas pela Rafaela, que demonstraram maior flexibilidade de pensamento e criatividade. Quando questionada, a paciente elegeu a primeira opção como sendo a melhor e como sendo aquela que escolhia se estivesse no lugar da menina. No final, substituiu-se a imagem em que a menina estava com medo por outra em que a menina aparecia contente e relaxada. Uma outra imagem apresentada à paciente, foi um dos sete anões do filme da Branca de Neve, o Zangado. O que foi pedido à Rafaela, foi que ela encontrasse alternativas para deixar o Zangado mais contente. Neste caso, a paciente foi mais direta e enumerou de uma vez tudo o que o “sr. Zangado” devia fazer, “o segredo é fazer um boneco de neve, andar de escorrega, saltar de trampolim, saltar de uma prancha. Para passarmos de zangados para felizes devemos fazer coisas que gostamos e que nos fazem divertir”. Como a Rafaela foi tão expressiva na resposta, foi pedido que voltasse a repetir tudo e ao mesmo tempo a terapeuta ia representando as ações que a paciente referia com o boneco, que gradualmente ia passando de zangado a feliz. O objetivo deste tipo de atividade foi criar uma situação em que a Rafaela fosse capaz de criar condições para alterar estados de humor negativos para positivos, através da resolução criativa de problemas. No final da sessão, houve tempo ainda para a introdução de uma pequena história para completar, à semelhança do que já foi feito numa sessão anterior (e.g. “O lugar especial da Alice”). A história retratava um smile amarelo chamado Ping, que andava triste e queria recuperar o seu sorriso: *“Era uma vez uma bolinha amarela chamada Ping. O Ping morava no mundo das bolinhas amarelas com a sua família. Tinha uma casa grande, onde viviam os seus pais e mais 7 irmãos iguais a ele, com quem adorava brincar. Um belo dia, o Ping acordou e não estava ninguém em casa. Procurou pela casa toda e não encontrou nem os seus pais, nem os seus irmãos. Foi então que percebeu que estava sozinho e começou a ficar triste porque pensava que a família o tinha abandonado. Mas como o Ping era uma bolinha amarela muito valente, decidiu _____, porém não resultou. Como nunca desiste tentou _____, mas também com poucos resultados. Quando já pensava em desistir, lembrou-se que podia _____, e assim encontrava a sua família. O ping foi logo a correr pôr o seu plano em prática e passado um tempo lá estava a sua família, tinham ido ao jardim fazer um pic-nic e como são tantos irmãos esqueceram-se do Ping que ficou a dormir. No final divertiram-se muito e a pequena bolinha amarela percebeu que a sua família nunca o ia deixar para trás e ficou muito feliz”*. A Rafaela aderiu bem à atividade e conseguiu criar as três alternativas que eram pedidas na história, dizendo que o Ping tinha de ir ver em toda a cidade; ir ao

aeroporto ver se a família tinha ido viajar e por fim ir ver ao jardim. A história só foi sendo lida à medida que a criança ia completando os espaços.

Sessão 14: Esta sessão foi dedicada à exploração dos atuais sentimentos da Rafaela, através de uma atividade composta por 7 vernizes. Cada verniz tinha um sentimento associado, o que permitiu pintar cada unha com uma cor diferente e ter acesso às situações que despertam os diferentes sentimentos na paciente. A atividade foi proposta como sendo uma brincadeira faz-de-conta, onde se fingia que estávamos num salão de beleza a arranjar as unhas. Antes de comermos com a brincadeira, foi perguntado à criança se sabia o que são sentimentos, esta respondeu que sim e, como tal, foram-lhe pedidos alguns exemplos. A Rafaela respondeu muito bem (*e.g.* envergonhado, triste, contente), sendo assim pudemos começar a atividade. A terapeuta, representava o papel de manicure e ia pintando as unhas à cliente (paciente) e ao mesmo tempo ia fazendo perguntas. Por exemplo, a manicure pegou no verniz azul, associado ao medo e perguntou à cliente quando é que ela já tinha sentido medo. A Rafaela respondeu sem qualquer tipo de bloqueio que quando lhe batiam sentia medo, do mesmo modo que quando o papão das cuecas rotas aparecia na casa de banho, a criança também se sentia assim. Outra situação que provoca medo é o pai, por isso refere que antes não conseguia entrar no seu quarto. A mesma pergunta repetiu-se para os 6 vernizes seguintes e obtiveram-se as seguintes respostas: a criança sente tristeza, em relação ao namorado da mãe, não queria que ela namorasse, embora inicialmente tivesse incentivado a mãe; sente alegria quando acha graça a alguma coisa, quando lhe fazem cócegas ou quando faz coisas que gosta; nunca sentiu arrependimento, nem alívio ou raiva, embora já tenha estado zangada, com um amigo porque lhe disse coisas que a Rafaela não gostou. Por fim, afirma já ter sentido amor, já se apaixonou por um rapaz da sua escola e também tem outro namorado, além disso também sente amor pelo seu cão, pela mãe, irmã, pai, primos e evidencia que só não gosta muito do seu “novo pai”, porque afirma que ele quer mandar nela e nem a irmã mais velha, nem a Rafaela gostam dele, no entanto, afirma “mas o que interessa é que a mãe esteja feliz”. Mais uma vez, apesar de pequena e por vezes infantil, a Rafaela demonstra também maturidade e grande flexibilidade no seu modo de pensar, conseguindo aceitar algumas questões com as quais não concorda.

Depois de concluirmos a atividade, foi proposto outro jogo chamado “Vamos vencer os maus comportamentos”. Esta atividade representa um sistema de fichas semanal que é analisado nas sessões e é constituído por 3 níveis. O objetivo é delinear as metas a serem cumpridas todas as semanas e caso a criança consiga cumpri-las vai subindo de nível. A mãe também estava presente na apresentação, pois as regras que são estipuladas devem ser cumpridas em casa, deste modo a mãe tem um papel activo. Após a explicação, ambas ficaram motivadas e decidiu-se que se iria começar

o jogo no próprio dia. No final apenas tivemos de estipular os objetivos a cumprir para a semana seguinte que dariam acesso à superação do primeiro nível. O que a Rafaela tinha de fazer era: ir à casa de banho sozinha, colocar a sua música preferida e deixar a porta aberta; ou ir com a mãe à casa de banho, dia sim, dia não, e nos dias em que não vai com a mãe, coloca a música para se distrair; ou a mãe começa a ir com a Rafaela, mas de cada vez que vai à casa de banho com a filha vai-se afastando até a criança deixar de a ver. A mãe decidiu por em prática a opção final.

Sessão 15: Monitorização do comportamento da criança. Após uma semana, a Rafaela já vai à casa de banho sozinha de dia, mas de noite ainda não. No entanto, a mãe refere que notou progressos e que vão continuar o jogo. Deste modo, a criança conseguiu superar o primeiro nível do jogo, tornando-se uma “Principiante Corajosa”. Para ultrapassar o segundo nível, a Rafaela terá de: de dia ir à casa de banho sozinha; de noite pode ir com a mãe à casa de banho, mas tem de deixar que ela se vá afastando dia após dia e por fim, tem de continuar a dormir sempre no seu quarto.

Após esta parte inicial da sessão, foi introduzida mais uma técnica interventiva para “combater” os medos da Rafaela, que ainda a impedem de ser totalmente autónoma em casa. Para isso, trocámos o consultório habitual por outro, com colchões e pufs, onde estava introduzido a imagem de um fantasma assustador, assim que entrou a criança exclamou “ui um fantasma”. A paciente começou a brincar nos colchões e com a imagem do fantasma, só depois lhe foi apresentado uns óculos especiais com lente dupla, uma de ver e outra para proteger do sol. A Rafaela dá muita atenção a tudo o que é diferente e colorido e por isso agarrou-se logo aos óculos. O que lhe foi explicado é que estes óculos eram especiais e chamavam-se óculos positivos, porque com a lente escura para baixo, punham os meninos a imaginar que há fantasmas e monstros em casa, mas se retirármos essa lente negativa, ficamos com a lente que mostra a realidade e vemos que não existem fantasmas, ou que o fantasma é amigo e não nos vai fazer mal, e foi isso que se representou através dessa brincadeira. Quando a criança colocou os óculos com a lente real, o fantasma assustador da imagem, transformou-se em fantasma amigo e simpático. Após a explicação da técnica a brincadeira continuou, e desta vez realizou-se um pouco de mimica, a terapeuta pedia à Rafaela que ela imitasse alguns sentimentos, situações, objetos, até que lhe pediu que ela imitasse um fantasma. A criança assim o fez, a terapeuta pôs os óculos positivos e a criança por iniciativa própria cada vez que a terapeuta tinha as lentes escuras, imitava um fantasma assustador e sempre que a terapeuta tinha as lentes claras, imitava um fantasma bonzinho. Esta atitude e forma de realizar a brincadeira demonstra que a Rafaela conseguiu entender a explicação da técnica e pô-la em prática.

Sessão 16: Monitorização do comportamento da criança. Passou mais uma semana e a mãe refere que a filha continua a fazer progressos, de dia já vai sozinha e à noite ou vai com ela ou também já vai sozinha, o que é muito bom. Só no aspeto de dormir sozinha é que regrediu, com as férias e os primos a dormir lá em casa, voltou a habituar-se a dormir com companhia e tem sido difícil que ela fique no quarto sozinha, refere a mãe da paciente. Apesar de uma das condições não ter sido cumprida, a criança merece passar o segundo nível, tornando-se “A menina sem medo”, uma vez que fez progressos e até já foi sozinha à casa de banho de noite. No entanto, há que cumprir todas as condições para alcançar o nível seguinte que é o nível final e o mais importante. O que terá de fazer é manter todos os progressos que tem tido até agora, inclusive ir à casa de banho sozinha à noite se conseguir; conseguir novamente dormir sozinha no quarto; cumprir as regras da mãe e respeitar as horas de dormir. O acordo ficou selado com um aperto de mão, ficando deste modo a criança comprometida a cumprir tudo. Como a Rafaela afirmou que já não conseguia dormir sozinha porque tinha voltado a ter medo do fantasma, voltou a reforçar-se a estratégia implementada na sessão anterior (os óculos positivos) através da exposição ao estímulo adverso com a ajuda da imaginação. Fomos de novo para os colchões da outra sala, onde a Rafaela fez de conta que estava na sua cama a dormir. Depois a terapeuta ia dizendo o que ela tinha de fazer, fingia que estava escuro, acordava a meio da noite e tinha medo de ver um fantasma. Quando isto acontecia, o que a paciente tinha de fazer era fechar os olhos, “colocar os óculos positivos” e abrir os olhos com os óculos na lentes da realidade.

Terapeuta: Agora o que é que vês?

Paciente: Vejo que não há fantasma nenhum.

Terapeuta: Boa e agora tens medo?

Paciente: Agora já não.

A brincadeira terminou e a paciente voltou para a sala de consulta habitual, para realizar a última atividade da sessão através da aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas de Isaksen e Treffinger (2004) e da técnica de *Brainstorming*, com o objetivo de continuar a desenvolver competências na criança para que esta consiga enfrentar os seus medos. Como tal, tendo o objetivo de identificar um problema, perguntou-se à criança se ela tem algum medo relativamente ao regresso à escola. Imediatamente a criança respondeu que sim, tinha medo que chegasse o fogo ou um tornado lá à sua escola. Quando questionada acerca desta resposta, a Rafaela respondeu que tinha medo porque não podiam fugir da escola. Identificado o problema, perguntou-se à paciente, o que fazia se uma dessas situações acontecesse. As alternativas criadas pela Rafaela caso essa situação ocorresse eram: procurava uma mangueira e apagava o fogo, ou ia buscar um

boneco e fazia palhaçadas para os colegas se rirem e ficarem mais calmos ou por fim, se ficasse nervosa pensava positivo e respirava fundo. Com o intuito de incentivar a criatividade da criança e fazê-la pensar mais um pouco, foi proposto que ela voltasse a pensar em como ia resolver a situação se estivesse um fogo ou tornado perto da sua escola, mas desta vez utilizando um estojo. A paciente ficou surpreendida, mas rapidamente respondeu que se assim fosse, procurava uma folha e começava a escrever e a desenhar para se distrair e tentava não olhar para a rua. Relativamente ao que ia escrever, a criança refere que escreveria “Acalma-te Rafaela, acalma-te”. Após referir que não se conseguia lembrar de mais alternativas, foi-lhe pedido que escolhesse a sua preferida para utilizar caso algum dia esta situação se verificasse. A Rafaela escolheu a opção em que iria buscar um boneco e fazia palhaçadas para que os colegas se rissem e se distraíssem, pois assim também ela se divertia e se distraía.

Sessão 17: Esta sessão foi uma sessão conjunta, onde estiveram presentes a terapeuta e as pacientes dos dois casos. A consulta começou sem a presença da Rafaela, uma vez que foi efectuada a monitorização dos comportamentos da Bárbara e a sua preparação para o regresso à escola e exposição a todas as situações que anteriormente a deixavam desconfortável. Numa fase posterior, a Rafaela juntou-se a nós já com a indicação do tipo de brincadeira que iam realizar na sessão, fazer de conta que ela era psicóloga e a Bárbara era uma paciente e vice-versa. Os tipos de problemas colocados foram fictícios em ambos os casos. Qualquer uma das pacientes encarnou bem o papel, embora fosse um pouco mais difícil para a Rafaela fazer de psicóloga, porque ao ser mais nova, não sabia que tipo de perguntas ou postura teria de ter. No entanto, a terapeuta esteve sempre presente e atuou como se fosse uma psicóloga ajudante, sugerindo à “Drª Rafaela” o tipo de questões que deveria colocar. Quando chegou à parte de sugerir estratégias para enfrentar o problema da sua “paciente”, a criança foi muito rápida e direta, sugerindo todas as estratégias que lhe foram sugeridas a si própria durante as sessões que tem tido, utilizou o seu exemplo para ajudar a Bárbara. A utilização das mesmas estratégias terá sido possível porque o problema fictício apresentado pela Bárbara estava relacionado com medos de fantasmas e monstros, sendo em certa medida parecido com a problemática real da Rafaela. Quando revertemos os papéis e a Bárbara passou a ser a psicóloga e a Rafaela a paciente, passou-se o mesmo, a “terapeuta” utilizou estratégias que tem vindo a ser usadas para ultrapassar a sua problemática real. No entanto, como é mais velha encarnou melhor o papel de psicóloga e tentou mais autonomamente resolver o problema da paciente, necessitando apenas da intervenção do terapeuta ajudante para controlar alguma impulsividade demonstrada pela Rafaela. No geral, foi uma experiência bem-sucedida, ambas as pacientes gostaram e conseguiram interagir entre si. Colocaram em prática os conhecimentos e estratégias que

têm vindo a trabalhar nas suas próprias sessões de psicologia e isso demonstra aquisição e compreensão das informações fornecidas. Um aspeto curioso, foi o facto da Rafaela enquanto paciente, além de ter representado o problema que foi previamente definido, quis posteriormente representar também o seu verdadeiro problema e revelar o medo de ir á casa de banho. A sua desculpa, para acrescentar a sua real problemática, foi a de que a Bárbara era mais velha e por isso tínhamos de lhe “dificultar a vida”. À exceção deste pormenor, não vi exploração da criatividade em nenhum dos casos, nenhuma das pacientes introduziu estratégias novas na tentativa de resolver os problemas da sua “paciente”, no entanto, demonstraram alguma capacidade de resolver problemas idênticos ao que as afetam.

No final da brincadeira, a Bárbara como tinha entrado mais cedo saiu da sessão e a Rafaela ficou a sós com a terapeuta. Posteriormente ocorreu a monitorização do comportamento da criança e consequentemente a passagem para o terceiro nível do jogo. A paciente conseguiu superá-lo tornando-se a “Mestre dos Bons Comportamentos”, pois não só conseguiu manter os progressos da casa de banho, como melhorou e já consegue dormir no seu quarto, embora a mãe tenha de lá ficar até adormecer. Como houve uma regressão, o processo terá de ser repetido e a mãe terá de voltar a ir progressivamente afastando o puff da cama da filha até que ela se habitue novamente a adormecer sozinha na cama. Com a aquisição do título de mestre, foi explicado à criança que tinha de honrar o terceiro nível do jogo.

Sessão 18: Esta sessão foi a última deste processo terapêutico, onde se realizou a monitorização dos comportamentos da criança e se orientou a mãe para o que deve ser feito, caso existam novas variações no comportamento da criança. Recordámos todas as metas que foram alcançadas pela criança e terminámos o processo terapêutico.

ANEXO J

DETALHES DA PÓS-AVALIAÇÃO DA PACIENTE 2

Processo de Pós – Avaliação

Início da Avaliação: 18/09/2012

Número de Sessões: 1

Local da Sessão: Centro de Desenvolvimento da Criança e do Adolescente de um Hospital da zona Centro.

Intervenientes presentes: A paciente e a terapeuta.

Instrumentos utilizados na pós-avaliação:

Prova “Era uma vez” (Fagulha, 2002)

Inventário de Medos para Crianças - FSSC-R (versão Portuguesa de Sá, 1999)

Outras entidades envolvidas: Ao longo do processo de pós-avaliação nunca foi necessário estabelecer contato direto com a escola da criança ou com outro tipo de entidades.

ANEXO K

QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO: PACIENTE 2

INVENTÁRIO DE MEDOS PARA CRIANÇAS (FSSC - R)

(Versão portuguesa de Isabel Sá, 1999)

Nome: _____

Idade: _____ Data: _____

Instruções:

Em baixo são apresentadas várias afirmações que descrevem os medos que muitos rapazes e raparigas têm. Lê cada uma cuidadosamente e põe um X na coluna que melhor descreve o teu medo (Nenhum, Algum, Muito). Não existem respostas certas ou erradas. Lembra-te, procura a palavra que melhor descreve a intensidade do teu medo.

Técnico: _____

	Nenhum	Algum	Muito
1.Ter de falar na aula			
2.Lugares escuros			
3.Ser castigado(a) pela mãe			
4.Lagartos			
5.Parecer estúpido(a)			
6.fantasmas ou coisas fantásticas			
7.Objetos cortantes			
8.Ter de ir para o hospital			
9.Pessoas mortas			
10.Perder-se num lugar desconhecido			
11.Serpentes			
12.Não conseguir respirar			
13.Montanha russa ou carrossel			
14.Adoecer na escola			
15.Ser castigado(a) na escola			
16.Ser picado(a) por uma abelha			
17.Ficar em casa com a empregada			
18.Ursos ou lobos			
19.Encontrar alguém, pela primeira vez			
20.Attaques à bomba - ser invadido			
21.Apanhar uma injeção			
22.Ir ao dentista			
23.Lugares altos, como as montanhas			
24.Ser gozado(a)			
25.Aranhas			
26.Um ladrão assaltar a nossa casa			

27.ermes ou caracóis			
28.Ser chamado(a) pelo professor			
29.Ter más notas			
30.Morcegos ou aves			
31.Ser criticado(a) pelos pais			
32.Armas de fogo			
33.Andar metido(a) em brigas			
34.Fogo... queimar-se			
35.Cortar-se ou ferir-se			
36.Encontrar-se no meio de uma grande multidão			
37.Trovoadas			
38.Ter de comer coisas de que não gosta			
39.Gatos			
40.Ficar mal num teste			
41.Ser atropelado(a) por um carro ou camião			
42.Ter de ir à escola			
43.Jogos violentos durante o recreio			
44.Encontrar os pais a discutir			
45.Quartos escuros ou armários			
46.Ter de fazer uma apresentação pública num palco			
47.Aranhas ou abelhas			
48.Ser criticado(a) pelos outros			
49.Pessoas com ar estranho			
50.Ver sangue			
51.Ir ao médico			
52.Cães estranhos ou com ar ameaçador			

53.Cemitérios			
54.Receber as notas da escola			
55.Ratos ou ratazanas			
56.Águas profundas ou o oceano			
57.Pesadelos			
58.Cair de lugares altos			
59.Apanhar um choque eléctrico			
60.Ir para a cama às escuras			
61.Fazer um teste			
62.Estar só			
63.Ter de andar com roupa diferente dos outros			
64.Ser castigado(a) pelo meu pai			
65.Ter de ficar na escola no fim das aulas			
66.Cometer erros			
67.Filmes de mistério			
68.Sirenes ruidosas			
69.Fazer coisas novas			
70.Micróbios ou apanhar uma doença grave			
71.Espaços fechados			
72.Tremores de terra.			
73.Mar - afogar-me			
74.Elevadores			

PROVA "ERA UMA VEZ..."

FOLHA DE ANÁLISE DAS RESPOSTAS

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA: ____/____/____

	CARTÕES						
CENAS	I	II	III	IV	V	VI	VII
NÚMERO							
CATEGORIA							

	ATITUDE	I	II	III	IV	V	VI	VII
1.	Identifica-se com a personagem							
2.	Aflige-se							
3.	Precisa de muito incentivo							
4.	Selecciona as cenas usando um critério							
5.	Procura emparelhar as cenas (como num loto)							
6.	Hesita na escolha das cenas							
	SEQUÊNCIA DAS CENAS	I	II	III	IV	V	VI	VII
7.	Primeira Cena: Aflição							
8.	Primeira Cena: Muita aflição							
9.	Primeira Cena: Fantasia viável							
10.	Primeira Cena: Fantasia mágica							
11.	Primeira Cena: Realidade							
12.	Segunda Cena: Aflição							
13.	Segunda Cena: Muita aflição							
14.	Segunda Cena: Fantasia variável							
15.	Segunda Cena: Fantasia mágica							
16.	Terceira Cena: Realidade							
17.	Terceira Cena: Aflição							
18.	Terceira Cena: Muita aflição							
19.	Terceira Cena: Fantasia viável							
20.	Terceira Cena: Fantasia mágica							
21.	Terceira Cena: Realidade							
22.	Não escolhe cenas de Aflição							
23.	Só escolhe cenas de de Aflição							
24.	Só escolhe cenas de Fantasia							
25.	Só escolhe cenas de Realidade							
26.	Sequência cena "muito boa" / cena "muito má"							
27.	Sequência cena "muito má" / cena "muito boa"							
	SEQUÊNCIA DA HISTÓRIA	I	II	III	IV	V	VI	VII
28.	Primeira verbalização: Aflição							
29.	Primeira verbalização: Fantasia							
30.	Primeira verbalização: Realidade							
31.	Segunda verbalização: Aflição							
32.	Segunda verbalização: Fantasia							
33.	Segunda verbalização: Realidade							
34.	Termina a história em Aflição							
35.	Termina a história em Fantasia							
36.	Termina em Fantasia mágica, mas com "crítica"							
37.	Termina a história em Realidade							
38.	Nunca verbaliza Aflição							
39.	Só verbaliza Aflição							
40.	Só verbaliza Fantasia							
41.	Só verbaliza Realidade							

	ASPECTOS FORMAIS E DE CONTEÚDO	I	II	III	IV	V	VI	VII
42.	Não conta a história							
43.	Descreve as cenas sem explicitar um enredo							
44.	Elabora um enredo							
45.	Elabora um enredo mais rico							
46.	A história é bizarra ou sem sentido (confusa)							
47.	A história não dá seguimento ao tema do cartão							
48.	Distorce o significado de uma ou mais cenas							
49.	Omite aspectos "críticos" de uma ou mais cenas							
50.	Faz referência a cenas que não escolheu							
51.	Introduz outros factos ou conteúdos							
52.	Faz referência a aspectos da sua vida pessoal							
53.	Faz referência a temas dos cartões anteriores							
54.	Transforma o desfecho, melhorando-o							
55.	Transforma o desfecho, piorando-o							
56.	Personagem tenta obter ajuda							
57.	Personagem tenta obter ajuda e não consegue							
58.	Faz referência a "outros meninos"							
59.	Personagem quer conviver com "outros meninos"							
60.	Personagem procura convívio mas não resulta							
61.	Personagem agride "outros meninos"							
62.	Personagem agredida por "outros meninos"							
63.	Personagem apoiada por "outros meninos"							
64.	Personagem apoia "outros meninos"							
65.	Personagem procura adulto masculino							
66.	Personagem procura adulto feminino							
67.	Personagem apoiada por adulto masculino							
68.	Personagem apoiada por adulto feminino							
69.	Personagem rejeitada por adulto masculino							
70.	Personagem rejeitada por adulto feminino							
71.	Adulto masculino desvalorizado							
72.	Adulto feminino desvalorizado							
73.	Adulto masculino indica normas							
74.	Adulto feminino indica normas							
75.	Na história há referência a onipotência							
76.	Após referência a onipotência surge aflição							
77.	Após referência a aflição surge onipotência							
78.	Faz um comentário moralista							
79.	Faz referência a enganar ou "pregar partida"							
80.	Faz referência à ideia de morte							
81.	Faz referência a castigo ou ameaça de castigo							
82.	Faz referência a perigos ou à ideia de fuga							
83.	Faz referência a culpabilidade (ou infere-se)							
84.	Faz referência a ciúme (ou infere-se)							
85.	Faz referência a inveja (ou infere-se)							
86.	Surge a vivência de um "mundo estragado"							
87.	Faz referência a desejo de reparação							

CONCLUSÕES:

ANEXO L

DETALHES DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PRÉ-AVALIAÇÃO: PACIENTES 1 e 2

Paciente 1

- Análise da Pré-Avaliação

Analisando quantitativamente os dois instrumentos utilizados na aferição das hipóteses, verifica-se que existem discrepâncias em relação às médias em ambas as provas. No caso da *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças* (adaptação de Fonseca, 1992), os resultados obtidos pela Bárbara demonstram que relativamente à escala global de ansiedade a paciente obteve um resultado (24) acima do que seria normativo (19,68). Embora a discrepância de valores existente não chegue a um desvio-padrão de diferença (6,14), confirma-se a existência de reações ansiogêneas excessivas tendo em conta a idade e género da jovem. Muitas das situações que preocupam a adolescente são concordantes com os sintomas sentidos nos pacientes com perturbação de ansiedade social (APA, 2002). Relativamente à escala de Mentira, o valor obtido está abaixo da média (3), não havendo indicação de defensividade por parte da paciente (Dias & Gonçalves, 1999), uma vez que a média normativa é 5,15. Embora a diferença entre os dois valores não chegue a um desvio-padrão (2,93), esta informação vai de encontro aos estudos realizados (Fonseca, 2002), que indicam que à medida que a idade aumenta, a defensividade diminui, porque a desejabilidade social também decresce.

Com a aplicação do *Questionário de Auto-avaliação da Eficácia para Jovens – SEQ-C* (Nogueira, 2008) foram obtidos resultados diversificados nos diferentes níveis que a prova avalia. Relativamente ao nível académico, a Bárbara demonstra sentir-se eficaz (30), tendo em conta os resultados da amostra de comparação (27,82). A paciente apresenta uma pontuação acima da média e embora não chegue a um desvio-padrão de diferença (5,28) é um resultado que transmite a segurança que a paciente evidencia neste campo. A jovem sempre foi boa aluna e apesar de ter sido um pouco prejudicada no início do ano com a distração na sala de aula devido à sua situação, voltou a subir as notas e não apresenta ansiedade relativamente aos seus resultados académicos. Contudo, a nível social a sua segurança não é tanta, a Bárbara demonstra uma perceção de autoeficácia social (15) abaixo do que seria de esperar relativamente aos indivíduos do sexo feminino (23,17). A discrepância existente chega aos dois desvios-padrão de diferença, o que representa que a parte da socialização é um ponto fraco da paciente, pelo menos segundo aquilo que esta perceciona. Em contradição, a paciente revela ser uma pessoa sociável, que gosta de estar com os amigos e de se divertir. O problema parece estar assente na socialização com desconhecidos ou em situações em que a Bárbara se tem de expor, ficando vulnerável a possíveis juízos de valor (*e.g.* Consigo contar um

acontecimento engraçado a um grupo de colegas – Nunca; Consigo ter uma conversa com uma pessoa que não conheço – Nunca). Na escala de autoeficácia emocional a adolescente apresenta um valor (9) muito abaixo para o que seria de esperar tendo em conta a média normativa (22,79), chegando a atingir os três desvios-padrão (4,48) abaixo da média. Por fim, e como seria de esperar, tendo em conta os resultados que têm vindo a ser descritos, o nível de autoeficácia global da Bárbara também está abaixo da média (54). É um resultado que chega aos dois desvios-padrão (9,82) de discrepância relativamente à média esperada na população feminina (73,79).

Quadro 1. *Médias e Desvios-Padrão relativos à idade e género da paciente 1 na pré-avaliação.*

Instrumentos utilizados na pré-avaliação	Resultados da paciente 1 na pré-avaliação	
Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças	Escala de Ansiedade Global (T=37) Idade: 13; Sexo: F	Média normativa: 19,68 Dp normativo: 6,14 Média alcançada: 24
	Escala de Mentira (T=9) Idade: 13; Sexo: F	Média Normativa: 5,15 Dp normativo: 2,93 Média alcançada: 3
Questionário de Auto-avaliação da Eficácia para Jovens - SEQ-C	Autoeficácia ao nível académico (T=8) Sexo: F	Média normativa: 27,82 DP normativo: 5,28 Média alcançada: 30
	Autoeficácia ao nível social (T=8) Sexo: F	Média normativa: 23,17 DP normativo: 3,67 Média alcançada: 15
	Autoeficácia ao nível emocional (T=8) Sexo: F	Média normativa: 22,79 DP normativo: 4,48 Média alcançada: 9
	Nível Total de Autoeficácia (Acad. + Soc + Emo) Sexo: F	Média normativa: 73,79 DP normativo: 9,82 Média alcançada: 54

Paciente 2

- Análise da Pré-Avaliação

Procedendo a uma análise mais descritiva dos cinco factores avaliados no *Inventário de Medos para Crianças*, verifica-se que relativamente aos medos de Insucesso e Críticas a criança pontuou um total de 28, que está a mais de um desvio-padrão (8,3) abaixo da média para a sua idade (39). Tendo em conta a idade da Rafaela, penso que as situações que compõe esta variável não estão no campo das suas preocupações, as críticas sociais e o mau desempenho escolar ou comportamental não são algo que uma criança tão nova perceçione como perigoso ou assimile como preocupação. Na variável que representa o medo do Desconhecido obteve um total de 24 que não chega a um desvio padrão (7,5) abaixo da média americana (29) e por isso não é uma diferença considerada significativa. Situações como, encontrar alguém com uma ar estranho, estar sozinha no meio da multidão, fantasmas e pessoas mortas são o que lhe causam mais medo. De certo modo, vai de encontro ao que a mãe referiu na primeira sessão, a Rafaela imagina que vê o pai na casa de banho e não quer lá entrar sozinha. No entanto, a criança não revela valores fora do normal nesta variável evidenciando apenas a presença dos medos normais na sua idade. O mesmo não se pode dizer do medo de Acidentes e pequenos animais, pois a Rafaela alcançou um resultado (30) um pouco acima da média normativa americana (28). Embora a diferença não seja significativa, não chegando a um desvio-padrão de diferença. O valor elevado neste tipo de medos é confirmado também através dos desenhos realizados na sessão, onde foi pedido à paciente que representasse o que a assusta, revelando medo de serpentes e de outros animais ameaçadores. Nas restantes variáveis medo de Perigo e da Morte e Medos Médicos a criança está mais uma vez abaixo da média com um total de 25 e 6 respectivamente, sendo a diferença não significativa (média normativa americana: 26 e 7; DP normativo: 6,4 e 2,1, respectivamente).

Relativamente à aplicação da prova “*Era uma vez*”, foram obtidos resultados qualitativos que se encontram divididos em sete situações diferentes, correspondente ao número de cartões estímulo mostrados à paciente durante a prova. Para facilitar a análise os seus resultados serão descritos separadamente. **Cartão I** (passeio com a mãe): Tendo em conta as cenas escolhidas para relatar a história, a criança demonstra saber atuar em situações que possam causar ansiedade. Inicia a cena com a possibilidade real de se perder da mãe, seguindo-se a procura da mesma e quando vê que não consegue encontrá-la sozinha resolve o problema pedindo ajuda a um agente policial que a pode ajudar. Isto demonstra que mesmo em situações de separação da figura de vinculação mais próxima,

a criança sabe como resolver o problema e utilizar várias alternativas. Muito importante é ver que se uma dessas alternativas não resulta, a Rafaela tem capacidade de encontrar outra, sem deixar que a ansiedade de perda ou solidão a afetem. O modo como completou a história surpreende no sentido de não demonstrar angústia em situações que na realidade a deixam nervosa, a mãe afirma que em casa nunca quer estar sozinha e tem de andar com ela para todo o lado. Portanto, nesta história talvez a Rafaela tenha respondido de acordo com o que é certo e racional fazer, e não projetou as suas verdadeiras emoções perante a situação de perda da mãe. A história que a criança verbaliza é concordante com a que as cenas escolhidas representam, dela se inferindo o mesmo movimento emocional descrito anteriormente. Elabora um enredo que não é muito rico, mas é suficiente para transmitir corretamente as suas sucessivas tentativas de encontrar a mãe e os seus pedidos de ajuda a outros adultos, sem escolher qualquer cena de fantasia ou aflição, lidando bem com as emoções negativas que podem estar associadas à perda da mãe. **Cartão II** (doença): Na aplicação deste cartão foi cometido um erro que influenciou o rumo da história. Sem que se percebesse, o cartão 10, que não deve fazer parte das escolhas da criança, foi trocado com outro cartão e foi colocado à frente da criança como uma opção para completar a história e acabou por ser um dos escolhidos. Os cartões que têm o número 10 pretendem finalizar a história de um modo seguro e positivo e verificou-se que foi assim que a Rafaela escolheu acabar a sua história, apesar de ter escolhido um cartão que não deveria fazer parte das suas escolhas. Portanto de certo modo, podemos concluir que, apesar de esta história ter como tema a doença, que por vezes pode ser angustiante para as crianças, a paciente não escolheu cenas de aflição e recorreu a uma história onde a personagem tem todas as condições para melhorar, onde os pais lhe prestam cuidados e lhe trazem presentes por estar doente. A referência à mãe e ao pai durante a história pode representar os apoios que tem/tinha quando está/estava doente. A história que a criança verbaliza é novamente concordante com o que as cenas escolhidas representam e mais uma vez a criança faz referência ao apoio de um adulto masculino que é quem vai animar a menina quando ela está na cama doente, provavelmente como aconteceria na vida real. Com esta história conclui-se que há um forte vínculo familiar que transmite segurança à Rafaela e que a faz superar o medo que possa ter quando está doente. **Cartão III** (passeio à praia): As cenas escolhidas para completar esta história podem traduzir o tipo de relação/socialização que a criança tem com os amigos ou com outras crianças, evidenciando alguns traços de personalidade da Rafaela, como o facto de ser uma criança extrovertida que não tem medo de explorar o meio e que só quer brincar e arranjar amigos como é próprio da sua idade. Na primeira cena, expressa o desejo de estar imediatamente integrada e aceite, sendo o centro das atenções do grupo de pares. Ao ser aceite por eles, as restantes cenas retratam a realidade dessa aceitação por parte do grupo e a sua boa

integração. Quanto à verbalização da criança, é concordante com as cenas escolhidas, exceto a primeira cena que a criança refere como sendo realidade e não fantasia. Não existe escolha de cenas de aflição que comprove que a Rafaela não tem problemas de socialização, nem existem emoções negativas vinculadas ao contato com outras crianças. Como nos outros cartões, a criança apresenta um enredo e faz referência a outros meninos, procurando o convívio com eles, acabando este por ser bem-sucedido. **Cartão IV** (pesadelo): Nesta história a Rafaela transmite aflição em todas as cenas, demonstrando aqui alguma ansiedade face aos pensamentos negativos e aos pesadelos, que na realidade é algo que lhe acontece muito. Não mostra capacidade de enfrentar esta situação recorrendo, mais uma vez à ajuda dos adultos para encontrar proteção. O facto de a criança dormir com a mãe também pode levar a que tenha uma pobre capacidade de resolução de problemas para estas situações, porque nunca se encontra sozinha quando os pesadelos ocorrem, tendo sempre o consolo da mãe. No fundo, observou-se um movimento em que a emoção ansiosa (medo de que algo aconteça) desencadeia a necessidade de uma solução, que neste caso é pedir ajuda aos pais. A história que a criança verbaliza é mais uma vez concordante com o que as cenas escolhidas representam. **Cartão V** (dia dos anos): Esta história começa e desenvolve-se de acordo com a realidade, mas termina com uma cena de fantasia, onde a criança pode brincar livremente com todos os brinquedos que recebeu. A descrição feita pela Rafaela deixa transparecer uma história feliz de quem tem expectativas de poder receber atenções e afetos especiais no seu dia de aniversário. Há também a criação de um enredo, que de certo modo se pode dizer mais enriquecido que os restantes, porque há a introdução de outros conteúdos que não se encontram representados nos cartões. Deste modo, não parece existir quaisquer vestígios de ansiedade neste dia, sendo provavelmente um dia em que a Rafaela está feliz com o seu bolo de aniversário e os seus presentes. Um aspeto curioso é o facto de ser a primeira história em que a criança não faz referência a outros elementos, como outras crianças. Uma hipótese será a de se considerar nesse dia o centro das atenções, mas isto já são inferências que não vem acrescentar mais valor à prova. O aspeto da verbalização está perfeitamente coerente com a história e não há, mais uma vez referência a cenas de aflição. **Cartão VI** (briga dos pais): Nesta sequência a Rafaela escolhe uma primeira cena de fantasia, que serve provavelmente como escape da discussão que já tinha sido iniciada nos cartões efetivos da história. A criança decide arranjar uma distração para não ficar ansiosa com a discussão dos pais, preferindo mudar de divisão e de cenário, pois a vivência desta discussão desperta emoções negativas, difíceis de lidar e o melhor recurso para lidar com essas angústias é recorrer à fantasia, afastando-se. Apesar deste afastamento, a aflição continua na segunda cena porque ainda consegue ouvir os gritos dos pais e decide procurá-los para ver o que se passa. Termina a história sem conseguir resolver a cena e

depara-se mais uma vez com a discussão dos dois. Este final pode traduzir uma tentativa de resolução da discussão por parte da criança, mas sem resultado, representando provavelmente o que acontecia em casa. A criança verbaliza uma história de acordo com as características referidas nas cenas. **Cartão VII** (escola): O contexto escolar está aqui representado como sendo motivo de alguma ansiedade por parte da paciente. Após a história inicial referiu que a professora fez uma pergunta, depois colocou a personagem em fuga para a casa de banho sendo representada por uma cena de muita aflição. Depois responde a essa aflição com uma cena de realidade em que põe a personagem a estudar para combater a ansiedade que surgiu devido à pergunta da professora e para estar segura de que sabe a resposta. A verbalização da história está concordante com as cenas escolhidas, excepto na parte final da história onde escolhe uma cena que representa aflição, mas transmite verbalmente alguma fantasia, referindo que a menina conseguiu responder à pergunta da professora, porque mais nenhum menino sabia e começou a ser mais inteligente e os outros meninos mais burros. Nesta parte final, a história não dá seguimento ao tema do cartão e a Rafaela escolhe distorcer o significado desta última cena. A criança “vira” o episódio, transformando a personagem que é “única que não sabe”, na “única que sabe”, projetando nos colegas o estigma de serem eles os burros e hiperactivos. Esta referência à hiperatividade pode dever-se à existência de um colega na sua sala com esta perturbação do comportamento ou então com as próprias preocupações da mãe em relação à possibilidade de a Rafaela ser hiperativa, que afetam a criança. Este enredo é um pouco mais elaborado que os anteriores, porque no final acrescenta aspetos da sua vida pessoal, como a hiperatividade. Talvez haja algum tipo de discriminação na escola para esse colega ou a paciente ache que a falta de capacidades para responder ao que é pedido esteja associada com esta perturbação do comportamento. De certo modo, existe alguma idealização em ser melhor do que os outros meninos na sala de aula.

Quadro 2. *Médias, Desvios-Padrão e informação qualitativa obtidos pela paciente 2 na pré-avaliação.*

Instrumentos utilizados na pré-avaliação		Resultados da paciente 2 na pré-avaliação
Inventário de Medos para Crianças – FSSC-R	Insucesso e Críticas Idade: 7	Média normativa: 39 DP normativo: 8,3 Média alcançada: 28
	Desconhecido Idade: 7	Média normativa: 29 DP normativo: 7,5 Média alcançada: 24
	Acidentes e pequenos animais Idade: 7	Média normativa: 28 DP normativo: 7,5 Média alcançada: 30
	Perigo e Morte	Média normativa: 26

	Idade: 7	DP normativo: 6,4 Média alcançada: 25
	Medos Médicos Idade: 7	Média normativa: 7 DP normativo: 2,1 Média alcançada: 6
	Intensidade Total Idade: 7	Valor normativo: 129 Valor alcançado: 113
	Frequência Total Idade: 7	Valor normativo: 17 Valor alcançado: 11
“Era uma vez”	Cartão I (passeio com a mãe)	“...ficou perdida e depois esperou e esperou, decidi ir telefonar para a mãe, mas ela não atendeu e depois foi a pé chamar um senhor e disse que estava perdida e o senhor disse que ia ajudar”. O tempo de latência foi de 14s e as cenas escolhidas foram <u>6 8 1</u> (RRR).
	Cartão II (doença)	“... ficou na cama a descansar e depois apareceu o pai deu-lhe uma prenda e ela ficou feliz. Passados 5 dias a menina disse que já se sentia melhor e perguntou à mãe se podia ir à escola e a mãe disse que sim”. O tempo de latência foi de 67s e as cenas escolhidas –foram <u>8 3 10</u> (RF...).
	Cartão III (passeio à praia)	“...primeiro foi conhecer os meninos e depois eles deixaram-na fazer um castelo muito grande e no fim até a deixaram por uma conchinha”. O tempo de latência foi de 37s e as cenas escolhidas foram <u>7 6 8</u> (FRR).
	Cartão IV (pesadelo)	“... depois de acordar ficou nervosa e voltou a deitar-se, ficou muito a tremer porque pensa que há um monstro a sério e depois foi a correr ter com os pais”. O tempo de latência foi de 42s e as cenas escolhidas foram <u>4 9 2</u> (AAA).
	Cartão V (dia dos anos)	“... soprou as velas, foi abrir as prendas e recebeu um carrinho, um avião, um bebé a fingir e uma bandulete, depois foi brincar com o seu avião e com o seu carrinho e pôs a bandulete”. O tempo de latência foi de 34s e as cenas escolhidas foram <u>8 6 7</u> (RRF).
	Cartão VI (briga dos pais)	“... a menina foi ver televisão e ouviu os pais a discutir e resolveu ir ao pé deles e viu-os a ralar”. O tempo de latência foi de 15s e as cenas escolhidas foram <u>3 2 1</u> (FAR).
	Cartão VII (escola)	“...ela depois quis ir à casa de banho, entrou outra vez na sala e começou a fazer os TPC. Entretanto a professora fez uma pergunta de quanto eram 2 x 2 e a menina respondeu porque ninguém sabia. E depois começaram os outros meninos a ser burros e ela a saber tudo e foram ao médico ver se eram hiperactivos”. O tempo de latência foi de 24s e as cenas escolhidas foram <u>9 8 4</u> (ARA).

ANEXO M

DETALHES DA APLICAÇÃO DA BATERIA DE TORRANCE E DA WISC-III:

PACIENTES 1 e 2

Paciente 1

Quadro 1. *Resultados quantitativos obtidos pela paciente 1 no Teste de Pensamento Criativo de Torrance e WISC – III: Pré – Avaliação*

Teste de Pensamento Criativo de Torrance		Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição)
Atividade 2	Atividade 3	
Fluência: 10	Fluência: 9	QI Escala Completa: 102
Flexibilidade: 9	Flexibilidade: 8	QIV: 111; QIR: 92
Originalidade: 7	Originalidade: 5	Perfil Heterogêneo
Elaboração: 2	Elaboração: 8	ICV: 114
Expressividade: 2	Expressividade: 1	IOP: 91
		IVP: 119

Quadro 2. *Resultados quantitativos obtidos pela paciente 1 no Teste de Pensamento Criativo de Torrance: Pós - Avaliação*

Teste de Pensamento Criativo de Torrance	
Atividade 2	Atividade 3
Fluência: 10	Fluência: 25
Flexibilidade: 8	Flexibilidade: 14
Originalidade: 12	Originalidade: 14
Elaboração: 5	Elaboração: 12
Expressividade: 1	Expressividade: 1

Quadro 3. *Resultados quantitativos obtidos pela paciente 1 no Teste de Pensamento Criativo de Torrance na pré e pós avaliação.*

Torrance: Pré-avaliação		Torrance: Pós-avaliação	
Atividade 2	Atividade 3	Atividade 2	Atividade 3
Fluência: 10	Fluência: 9	Fluência: 10	Fluência: 25
Flexibilidade: 9	Flexibilidade: 8	Flexibilidade: 8	Flexibilidade: 14
Originalidade: 7	Originalidade: 5	Originalidade: 12	Originalidade: 14
Elaboração: 2	Elaboração: 8	Elaboração: 5	Elaboração: 12
Expressividade: 2	Expressividade: 1	Expressividade: 1	Expressividade: 1

Paciente 2

Quadro 4. *Resultados quantitativos obtidos pela paciente 2 no Teste de Pensamento Criativo de Torrance e WISC- III: Pré - Avaliação*

Teste de Pensamento Criativo de Torrance		Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição)
Atividade 2	Atividade 3	
Fluência: 10	Fluência: 11	QI Escala Completa: 114
Flexibilidade: 9	Flexibilidade: 10	QIV: 112; QIR: 113
Originalidade: 8	Originalidade: 18	Perfil Homogêneo
Elaboração: 15	Elaboração: 15	ICV: 114
Expressividade: 3	Expressividade: 8	IOP: 113
		IVP: 125

Quadro 5. *Resultados quantitativos obtidos pela paciente 2 no Teste de Pensamento Criativo de Torrance: Pós - Avaliação*

Teste de Pensamento Criativo de Torrance	
Atividade 2	Atividade 3
Fluência: 10	Fluência: 13
Flexibilidade: 9	Flexibilidade: 10
Originalidade: 12	Originalidade: 23
Elaboração: 4	Elaboração: 13
Expressividade: 5	Expressividade: 7

Quadro 6. *Resultados quantitativos obtidos pela paciente 2 no Teste de Pensamento Criativo de Torrance na pré e pós avaliação.*

Torrance: Pré-avaliação		Torrance: Pós-avaliação	
Atividade 2	Atividade 3	Atividade 2	Atividade 3
Fluência: 10	Fluência: 11	Fluência: 10	Fluência: 13
Flexibilidade: 9	Flexibilidade: 10	Flexibilidade: 9	Flexibilidade: 10
Originalidade: 8	Originalidade: 18	Originalidade: 12	Originalidade: 23
Elaboração: 15	Elaboração: 15	Elaboração: 4	Elaboração: 13
Expressividade: 3	Expressividade: 8	Expressividade: 5	Expressividade: 7

ANEXO N

DETALHES DOS RESULTADOS OBTIDOS NA PÓS-AVALIAÇÃO: PACIENTES 1 e 2

Paciente 1

- Análise da Pós-Avaliação

Analisando a aplicação pós-teste da *Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças* (adaptação de Fonseca, 1992), verifica-se que os resultados obtidos pela Bárbara (Quadro 1) demonstram que relativamente à escala global de ansiedade, a paciente obteve um resultado (9) abaixo do que seria normativo (19,68) evidenciando que os seus níveis de ansiedade estão mais baixos até relativamente ao que seria normal para a sua idade e género. Esta discrepância atinge mais de um desvio-padrão de diferença (6,14), evidenciando a aquisição de mecanismos de defesa, por parte da paciente, contra situações consideradas ansiogêneas (*e.g.* reestruturação dos mecanismos de pensamento e processamento de informação; aquisição de competências para a resolução de problemas, etc). Relativamente à escala de Mentira, o valor obtido está situado abaixo da média (3) não havendo indicação de defensividade por parte da paciente (Dias & Gonçalves, 1999). Embora a diferença não chegue a um desvio-padrão (2,93), esta informação vai ao encontro dos estudos realizados (Fonseca, 2002), que indicam que à medida que a idade aumenta a defensividade diminui, porque a desirabilidade social também decresce.

Com a nova aplicação do *Questionário de Auto-avaliação da Eficácia para Jovens - SEQ-C* (Nogueira, 2008) todos os resultados obtidos estão situados acima da média, revelando a existência de alterações na auto-perceção da paciente. Relativamente ao nível académico, os resultados alcançados pela Bárbara (37) encontram-se acima da média (27,82) com mais de um desvio-padrão de diferença (5,28). Esta pontuação evidencia que a nível académico, a adolescente continua a confiar nas suas competências. A nível social, a paciente demonstra a perceção de uma autoeficácia acima da média, alcançando um total de 34 pontos que diferem em três desvios-padrão (3,67) do valor normativo (23,17). Este valor deixa transparecer a confiança que a paciente adquiriu ao longo do processo de intervenção, relativamente a um dos campos mais problemáticos para a jovem, o da socialização. Tal como a nível social, no campo emocional também se deu um aumento muito grande da perceção da autoeficácia da jovem, uma vez que este ponto, passou do aspeto mais negativo com o valor mais baixo na pré-avaliação, para o valor mais elevado na pós-avaliação. A Bárbara obteve uma média de 39 pontos, situando-se a mais de três desvios-padrão acima do que seria normativo (22,79). Esta pontuação evidencia mais uma vez, o trabalho que foi sendo feito na intervenção e a motivação e confiança que a jovem tem neste momento, que a fazem acreditar

que é capaz de ultrapassar qualquer obstáculo. Por fim, o nível de autoeficácia global percebida pela paciente também aumentou (110), superando em muito a média da amostra comparativa (73,79), com mais de três desvios-padrão (9,82) de discrepância.

Quadro 1. *Médias e Desvios-Padrão por idade e sexo da paciente 1 na pós-avaliação.*

Instrumentos utilizados na pré-avaliação	Resultados da paciente 1 na pré-avaliação	
Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças	Escala de Ansiedade Global (T=37) Idade: 13; Sexo: F	Média normativa: 19,68 Dp normativo: 6,14 Média alcançada: 9
	Escala de Mentira (T=9) Idade: 13; Sexo: F	Média Normativa: 5,15 Dp normativo: 2,93 Média alcançada: 3
Questionário de Auto-avaliação da Eficácia para Jovens - SEQ-C	Autoeficácia ao nível académico (T=8) Sexo: F	Média normativa: 27,82 DP normativo: 5,28 Média alcançada: 37
	Autoeficácia ao nível social (T=8) Sexo: F	Média normativa: 23,17 DP normativo: 3,67 Média alcançada: 34
	Autoeficácia ao nível emocional (T=8) Sexo: F	Média normativa: 22,79 DP normativo: 4,48 Média alcançada: 39
	Nível Total de Autoeficácia (Acad. + Soc + Emo) Sexo: F	Média normativa: 73,79 DP normativo: 9, 82 Média alcançada: 110

Ao longo deste processo de pós-avaliação podemos ainda fazer a análise das capacidades da paciente para resolver os problemas que foram sendo propostos ao longo da intervenção. Através do Quadro 2 que evidencia o trabalho do sistema cognitivo da Bárbara na avaliação dos problemas e criação de alternativas, podemos verificar um aumento gradual da flexibilidade de pensamento da jovem.

Quadro 2. *Análise da flexibilidade do pensamento da paciente 1.*

Nº das sessões	Problema Colocado	Nº de alternativas encontradas pela paciente 2
	(recordar os problemas em anexo D)	
Sessão nº 2	Não queria ir à visita de estudo, porque ia ter de socializar com os rapazes, comer em frente dos colegas e ainda corria o risco de aparecer nas fotos da visita de	Nenhumas, todas as alternativas criadas foram sugeridas pela terapeuta. (0)

	estudo.	
Sessão nº4	Três problemas colocados na tabela de auto-monitorização:tiraram-lhe o saco da ginástica na brincadeira; tiraram-lhe o que ela estava a comer na brincadeira; começaram-se a rir na sala de aula.	A paciente criou uma alternativa de resolução para cada problema. (1)
Sessão nº 6	A paciente sente medo, vergonha e ansiedade devido à apresentação de um trabalho diante de toda a turma.	A jovem conseguiu referir uma alternativa, mas esta estava relacionada com a fuga ao problema e não com a resolução. (0)
Sessão nº 11	A paciente sente medo, vergonha e ansiedade devido à realização de um role-play em Francês, em frente a toda a turma.	Ao ser incentivada a paciente conseguiu criar duas alternativas para a resolução do seu problema. (2)
Sessão nº 13	Exercício de socialização no café com alguém que não conhece muito bem.	A Bárbara conseguiu superar o desafio e aplicando três estratégias para superar o problema. (3)
Sessão nº 15	Foi com a família ver uma praia e teve de sair do carro para ir ao café, mas levava uma saia muito curta.	Para superar este problema a jovem criou uma alternativa. (1)
	O seu pai referiu em frente de toda a família os problemas da jovem e esteve todo o fim-de-semana a dizer para ela relaxar.	Para tentar manter a calma a Bárbara optou por realizar três estratégias que a ajudaram a superar a ansiedade e vergonha. (3)
	Posteriormente foi incentivada a arrajnar mais alternativas para o problema anterior.	Ao pensar mais um pouco conseguiu dizer mais 5 alternativas que podia ter seguido, em vez de se isolar do grupo. (5)

	Classificar cada objeto quanto às suas possíveis funções	Lápis de Carvão: 4 Máquina Fotográfica: 4 Verniz: 4; Tesoura: 1; Tijolo: 5; Sapatilhas: 3 Luvas: 5; Elástico: 5 Bolachas: 1; Chaves: 3
Sessão nº 16	Pedir à ajuda para a amiga que foi mordida por um peixe-aranha (sem ajuda de objeto).	A jovem conseguiu criar seis alternativas para ajudar a amiga (6)
	Ajudar o amigo a não entrar no mundo das drogas (sem ajuda de objeto).	A jovem conseguiu criar quatro alternativas para ajudar o amigo (4)
	Pedir à ajuda para a amiga que foi mordida por um peixe aranha (com ajuda de objeto)	Com a ajuda de alguns objetos a jovem conseguiu criar quatro alternativas para ajuda a amiga. (4)
	Ajudar o amigo a não entrar no mundo das drogas (sem ajuda de objeto)	Com a ajuda de alguns objetos a jovem conseguiu criar quatro alternativas para ajuda o amigo. (4)
Sessão nº 19	A jovem tem medo de regressar à escola e voltar a isolar-se dos rapazes, por alguma situação problemática que lhe aconteça. Se isto acontecesse, como resolvia esta situação com ajuda de um clip?	A Bárbara foi mais rápida no seu raciocínio, mesmo com a inclusão de um objeto estranho à situação. Conseguiu criar seis alternativas aplicáveis para evitar o isolamento e ultrapassar as situações difíceis. (6)
Sessão nº 20	Sessão conjunta, na qual a adolescente tinha o papel de psicóloga e teve de ajudar a sua “paciente”	Embora esta experiência tenha sido bastante interessante e a Bárbara tenha demonstrado capacidade de resolução de problemas, as alternativas criadas não foram novas, já

havam sido referidas em outras sessões. Como tal, não se contabilizam as alternativas criadas nesta sessão.

Paciente 2

- Análise da pós-avaliação

Procedendo então a uma análise mais descritiva dos cinco factores podemos observar que em dois deles (Acidentes e pequenos animais; Medos médicos), a Rafaela obteve valores acima da média para a sua idade. Relativamente a Acidentes e pequenos animais, a paciente obteve um total de 31 superando a média americana (28), mas sem chegar a ser uma discrepância significativa, uma vez que não chegou a um desvio-padrão de diferença (7,5). O outro factor onde a criança superou a média foi o de Medos médicos, no entanto, também não há uma grande significância, uma vez que apenas ultrapassou um valor do que seria normativo nos Estados Unidos (7). Quanto aos restantes factores, os seus resultados não chegam a atingir a média americana. Nos medos de Insucesso e Críticas a criança pontuou um total de 28, que está a mais de um desvio-padrão (8,3) abaixo da média para a sua idade (39) e no medo do Desconhecido obteve um total de 24 que não chega a um desvio padrão (7,5) abaixo da média comparativa (29) e por isso não é uma diferença considerada significativa. Existe no entanto uma exceção, no factor Perigo e Morte a Rafaela não pontuou acima, nem abaixo da média, atingiu precisamente o valor da média comparativa americana com 26 pontos. Há portanto, uma alteração no tipo de medos e na sua intensidade relativamente à pré-avaliação.

Na segunda prova aplicada na pós-avaliação do caso da paciente 2, “*Era uma vez*”, foram obtidos resultados qualitativos que, tal como na avaliação anterior (pré), se encontram divididos em sete situações diferentes, correspondente ao número de cartões estímulo mostrados à paciente durante a prova. Para facilitar a análise os seus resultados serão descritos separadamente. **Cartão I** (passeio com a mãe): a criança apresentou uma atitude positiva no início da prova e demonstrou como critério da escolha dos cartões, escolher aqueles com imagens mais engraçadas. Dito isto, a Rafaela continuou a história com uma cena de realidade, representada pelo pedido de ajuda ao agente policial. No entanto, a criança rapidamente converte o desenrolar da história em fantasia,

uma vez que o polícia não a conseguiu ajudar. As cenas de fantasia escolhidas deixam transparecer alguns sinais de onipotência no sentido em que é a própria Rafaela que vai em busca da mãe e a encontra, com os seus poderes. Em nenhum momento a paciente evidencia sinais de aflição, demonstrando que conseguiu explorar três alternativas diferentes para o problema, até que através de uma delas encontrou a mãe por adquirir um papel activo “fazendo tanto barulho, tanto barulho que ganha asas”. Há aqui uma possibilidade de expressar a aflição, e fazer por encontrar a mãe, na sua própria determinação, o que evidencia um bom controlo emocional da criança nesta situação. A história que a criança verbaliza é concordante com as cenas escolhidas e através delas elabora um enredo e acrescenta outras informações à descrição da última cena, descrevendo o encontro entre mãe e filha que não é visível em nenhuma das cenas escolhidas. Com a anterior descrição da história há evidências de que a criança tenta obter ajuda de um adulto masculino para resolver o seu problema, uma vez que este é um polícia e pode ajudar. Contudo, a criança evidencia uma ilusão de onipotência que ultrapassa a competência do polícia em encontrar a sua mãe. Deste modo, embora a Rafaela tenha recorrido à fantasia para resolver o seu problema, não demonstra sinais ansiosos perante a situação ilustrada neste primeiro cartão e mostra-se confiante nas suas capacidades para resolver a situação. **Cartão II** (doença): Ao contrário da cena anterior, esta situação desperta ansiedade na criança, à qual não consegue fugir. Continua a história com uma cena de fantasia, onde recebe um presente de um amigo, como seria de esperar nestas situações de maior fragilidade (doenças) as crianças gostam e anseiam por atenção. Na segunda cena, a necessidade de atenção mantém-se através do carinho da mãe que conta uma história à menina. No entanto, quando adormece e fica sozinha surge a ideia de morte através do sonho. Parece que toda a atenção recebida e a presença da mãe não foram suficientes para tranquilizar a personagem. A Rafaela construiu uma sequência que passa de cenas muito boas, em que apesar de estar doente, tem a atenção de todos, para cenas muito más, onde lhe surge a ideia da morte. Esta ideia estando associada à doença faz sentido neste caso em particular, devido à morte repentina do pai da Rafaela. Torna-se assim evidente o tipo de emoções que se gera à volta desta situação e como tal, é normal que a paciente também transmita maiores níveis de ansiedade perante quadros de doença, embora receba apoio da mãe. Mais uma vez a história verbalizada coincide com a representação escolhida pelas imagens e tal como no cartão anterior, há a elaboração de um enredo. Refere ainda um apoio feminino, que na vida da Rafaela, tal como na história, é a mãe. **Cartão III** (passeio à praia): Esta cena representa um contexto que a paciente costuma dominar, a socialização entre pares. No entanto, a sequência escolhida apresenta uma cena de aflição, em que após uma tentativa de aproximação da menina aos meninos que brincava na praia, estes rejeitam-na, rindo-se dela. A Rafaela termina a história

escapando às emoções negativas que uma rejeição pode causar, mostrando um poder superior, ao colocar a menina a apanhar um peixe gigante, impressionando toda a gente. O modo como termina esta sequência e como a menina dá a volta à situação representam bem a atitude da Rafaela se esta situação tivesse de facto ocorrido com ela. Como tal, creio que houve uma projeção no procedimento escolhido. Encontra-se este mesmo movimento emocional na história verbalizada e desta vez, o enredo é mais rico e há alterações do desfecho, sendo este melhorado. Nesta história, há a tentativa e procura de convívio com outras crianças, o que na realidade não costuma ser um problema para a Rafaela. Contudo, ela descreve uma história na qual deixa transparecer o medo de ser rejeitada e as suas expectativas de poder ter capacidades especiais que levem os outros a aceitá-la. **Cartão IV** (pesadelo): Os pesadelos também são situações que costumavam ser fontes de ansiedade para a Rafaela. Contudo, nesta sequência a paciente demonstra, ainda que com ajuda da fantasia, que consegue ultrapassar essa sensação ansiogénea. A Rafaela representa a personagem com medo de um fantasma, sendo esta cena representativa de aflição, porém a menina reage, terminado ela própria com o fantasma, matando-o. O que se segue é uma cena relacionada com a realidade, na qual a menina volta tranquila para a cama, mostrando aos pais que não tem medo. A sequência escolhida encaixa-se dentro de toda a intervenção que foi sendo realizada, uma vez que foram criadas diferentes estratégias para combater o medo que a Rafaela tinha de fantasmas. Aqui a criança demonstra uma atitude de domínio dos seus medos, conseguindo afastá-los da sua cabeça. A história verbalizada, segue de perto o conteúdo expresso anteriormente e existe a elaboração de um enredo, onde a criança afirma a sua própria capacidade com a ideia de onipotência da personagem transmitida na história. **Cartão V** (dia dos anos): Nesta história a criança foi muito breve na sua descrição e como seria de esperar, não mostrou sinais de ansiedade ou aflição. A Rafaela foca essencialmente o momento de apagar as velas e receber os presentes. A história verbalizada corresponde brevemente às cenas escolhidas, uma vez que neste cartão existe apenas uma descrição breve das cenas sem explicar um enredo. **Cartão VI** (briga dos pais): Toda a história omite a referência ao conflito entre os pais. Face a este, ela afasta-se e vai refugiar-se no convívio com os amigos. Até certo ponto, poderá ser uma forma de assumir alguma separação das figuras parentais e de procurar apoio junto dos pares. Atualmente não sei se esta é uma situação que lhe cause ansiedade, uma vez que o pai faleceu, no entanto também não se identifica uma relação entre a sua situação atual e as cenas escolhidas, pois penso que as terá escolhido por serem as mais engraçadas e talvez porque retiravam a menina do ambiente da discussão. Em relação à verbalização, o conteúdo é concordante com as cenas escolhidas, elaborando também um enredo. **Cartão VII** (escola): Esta situação envolve o contexto escolar, onde a paciente embora tenha boas notas, revela

alguma falta de autonomia na realização das tarefas e evidência um pouco de desconcentração. As duas primeiras cenas representam uma reação normal tendo em conta o início da história, e a menina chega mesmo a responder com sucesso à professora. No entanto, sem razão aparente a Rafaela termina a história com uma cena de aflição em que a menina sai da sala com vontade de ir à casa de banho. Noutra situação diria que era normal escolher este cartão, se para a paciente fosse difícil responder à professora ou tivesse medo de falhar, mas nesta situação em particular, não faz sentido, uma vez que a Rafaela decidiu que a personagem respondia bem à pergunta da professora. É possível que o contexto escolar seja ainda produtor de alguma ansiedade por parte da Rafaela, pois a criança sabe das preocupações que a mãe tem em relação à sua falta de concentração e à sua falta de autonomia na sala de aula e em casa. Isso também pode transmitir à criança alguma insegurança nas suas próprias capacidades.

Quadro 3. Médias, desvios-padrão e informação qualitativa obtidos pela paciente 2 na pré-avaliação.

Instrumentos utilizados na pós-avaliação		Resultados da paciente 2 na pós-avaliação
Inventário de Medos para Crianças – FSSC-R	Insucesso e Críticas Idade: 7	Média normativa: 39 DP normativo: 8,3 Média alcançada: 28
	Desconhecido Idade: 7	Média normativa: 29 DP normativo: 7,5 Média alcançada: 24
	Acidentes e pequenos animais Idade: 7	Média normativa: 28 DP normativo: 7,5 Média alcançada: 31
	Perigo e Morte Idade: 7	Média normativa: 26 DP normativo: 6,4 Média alcançada: 26
	Medos Médicos Idade: 7	Média normativa: 7 DP normativo: 2,1 Média alcançada: 8
	Intensidade Total Idade: 7	Valor normativo: 129 Valor alcançado: 117
	Frequência Total Idade: 7	Valor normativo: 17 Valor alcançado: 12
“Era uma vez”	Cartão I (passeio com a mãe)	“...depois foi perguntar a um polícia onde estava a sua mãe, mas este não a encontrou, então a menina decidiu ir buscar um altifalante e chamar pela mãe. Depois fez tanto barulho, tanto barulho que ganhou asas e encontrou a mãe”. O tempo de latência foi de 15s e as cenas escolhidas foram <u>1</u> <u>3</u> <u>5</u> (RFF).
	Cartão II (doença)	“... a menina ficou doente e depois o pai de um amigo

	dela deu-lhe um presentinho. Depois a mamã contou uma história e ao adormecer começou a sonhar que morreu”. O tempo de latência foi de 43s e as cenas escolhidas foram <u>3 6 4</u> (FRA).
Cartão III (passeio à praia)	“... ela depois foi para perto dos meninos e começou a falar com eles, mas eles riram-se dela. No fim, foi pescar um peixe gigantesco e mostrou-lhes. Os meninos acharam o peixe muito grande e ficaram amigos dela”. O tempo de latência foi de 60s e as cenas escolhidas foram <u>7 4 3</u> (FAF).
Cartão IV (pesadelo)	“... estava deitada e começou a sonhar com o monstro. Levantou-se, foi ao armário buscar a sua pistola e deu cabo do monstro. Voltou para a cama e mostrou aos pais que não tinha medo”. O tempo de latência foi de 33s e as cenas escolhidas foram <u>9 5 1</u> (AFR).
Cartão V (dia dos anos)	“...primeiro apagou as velas e com muita pressa abriu todos os presentes”. O tempo de latência foi de 70s e as cenas escolhidas foram <u>8 5 6</u> (RFR).
Cartão VI (briga dos pais)	“... a menina foi ver televisão e depois decidiu ir ao picnic com amigos e mais tarde foi para a praia”. O tempo de latência foi de 50s e as cenas escolhidas foram <u>3 8 7</u> (FRF).
Cartão VII (escola)	“... depois começou a pensar, pensar, pensar e conseguiu saber a resposta, mas o pior é que no final ficou com vontade de ir á casa de banho e a professora deixou-a ir”. O tempo de latência foi de 21s e as cenas escolhidas foram <u>1 8 9</u> (RRA).

Quadro 4. *Análise da flexibilidade do pensamento da paciente 2.*

Nº das sessões	Problema Colocado (recordar os problemas em anexo I)	Nº de alternativas encontradas pela paciente 2
Sessão nº 7	Role-play representativo de uma situação na sala de aula	A criança conseguiu criar algumas alternativas, embora não tivessem um efeito muito favorável, na medida em que não eram assertivas (3)
Sessão nº8	Brincadeira faz-de-conta com barbies: 1º problema – entrar para o castelo 2º problema – ficar no quarto	A paciente criou duas alternativas de resolução para o 1º problema (2)

		A paciente criou três alternativas de resolução para o 2º problema (3)
Sessão nº 9	História para completar, “O lugar especial da Alice”.	Apesar de se ter identificado com a história apenas criou uma alternativa para a resolução do problema (1)
Sessão nº 13	Alteração de emoções através de imagens de desenhos animados:	Para ajudar a menina a ficar sem medo, a paciente foi capaz de criar cinco alternativas (5)
	Passar de menina com medo, a menina feliz	Para ajudar o anão zangado, a paciente criou cinco alternativas (5)
	Passar de anão zangado a anão contente	
	História para completar sobre a bolinha Ping	A criança conseguiu criar as três alternativas pedidas na história (3)
Sessão nº 16	A criança tem medo de regressar à algum dia surja um tornado ou fogo junto da escola. Se isto acontecesse, como resolvia esta situação?	A Rafaela conseguiu superar o desafio, aplicando três estratégias para superar o problema. (3)
	Como resolvia a situação com ajuda de um estojo?	Com a ajuda de um elemento externo, conseguiu criar três alternativas. (3)
Sessão nº 17	Sessão conjunta, na qual a criança tinha o papel de psicóloga e teve de ajudar a sua “paciente”.	Embora esta experiência tenha sido bastante interessante e a Rafaela tenha demonstrado capacidade de resolução de problemas, as alternativas criadas não foram novas, já haviam sido referidas em outras sessões. Como tal, não se contabilizam as alternativas criadas nesta sessão.

ANEXO O

ESQUEMA DE ATIVIDADES DOS VÁRIOS NÍVEIS TRABALHADOS: PACIENTES

1 e 2

Categorias de avaliação de um programa de desenvolvimento emocional baseado no modelo teórico CPS - Paciente 1

	Categorias	Atividades Desenvolvidas	Descrição da reação da jovem	Ação do Psicólogo
Caracterização das estratégias utilizadas na terapia	Nível Cognitivo	Aplicação da Bateria do Torrance (avaliação)	A jovem aderiu bem às tarefas propostas, notou-se que houve alguma preocupação em fazer tudo bem feito.	Procedeu-se a este tipo de avaliação para que mais tarde se pudesse comparar o grau de criatividade da adolescente com o seu nível cognitivo.
		Aplicação da WISC- III (avaliação)	Perfeita aceitação por parte da jovem, mas foi evidente algum nervosismo por saber que o seu conhecimento intelectual estava a ser avaliado. Esta reação vai de encontro aos medos e ansiedade inicialmente demonstrados pela Bárbara.	Procedeu a este tipo de avaliação para que mais tarde se pudesse comparar o nível cognitivo da adolescente com o seu grau de criatividade.
		Aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas – CPS	Segundo a adolescente, estas foram as actividades que trabalhamos em sessão que lhe permitiram olhar para os vários lados de um problema e para a variedade de possíveis soluções que cada um pode ter. Este facto contribuiu para que se sentisse mais calma e segura quando se depara com algum problema.	A aplicação deste modelo relativamente à resolução de problemas do dia-a-dia, focalizados na socialização, foi escolhida de modo a desenvolver na adolescente maior flexibilidade no seu pensamento, percepção e processamento de informação.
		Óculos Positivos	Esta estratégia, foi considerada a melhor pela adolescente, na medida em que a pode utilizar em diversas situações. Faz com que a jovem se centre no que é importante/essencial e por isso que ganhe mais confiança em si mesma para enfrentar os seus medos.	Ideia versátil com vários pontos de aplicação, que neste caso serviu como reestruturação cognitiva, na medida em que permite à adolescente ultrapassar o bloqueio que a sua percepção irrealista criou e flexibilizar o seu pensamento. Foi uma ideia que surgiu espontaneamente em sessão, onde com uns óculos de sol que estavam no gabinete, se implementou e deu a conhecer a ideia à paciente.
		Comentários sobre situações	Esta actividade foi bem recebida como todas as	O que se pretendia era que a adolescente

		problemáticas e análise crítica da sua resolução.	outras, mas há ainda respostas muito retraídas por parte da adolescente. Tem ainda tendência a responder com o que pensa ser politicamente correto.	trabalhásse não só a resolução de problemas, mas também fosse capaz de olhar para os problemas do dia-a-dia e desenvolvesse um sentido e opinião crítica. É importante que desenvolva confiança suficiente para identificar o que está ou não de acordo com a sua opinião e o que fazer em qualquer uma dessas situações, uma vez que esta capacidade também é uma mais-valia para o processo de socialização.
		Óculos Positivos		
	Nível Motivacional	Progressos que foram sendo alcançados	A capacidade da jovem para enfrentar os seus medos com ajuda das sessões semanais e das metas delineadas, fez com que a própria fosse surpreendida com a sua capacidade de alcançar sucesso e superar obstáculos. O que lhe revelou uma outra faceta das suas potencialidades e consequentemente motivou a jovem e foi gradualmente devolvendo a sua confiança.	Esta conquista esteve apenas indiretamente relacionada com a intervenção do psicólogo. Inicialmente houve a necessidade de motivar a jovem através de diálogo, o que a levou a arriscar e a tentar mudar os comportamentos que eram desajustados. No entanto, foram as mudanças alcançadas que diretamente e constantemente foram devolvendo a confiança à paciente.
		Discurso Motivacional – Reestruturação Cognitiva	Desde o início a adolescente demonstrou muita necessidade e interesse em ter alguém que lhe transmitisse confiança e segurança de que tudo ia correr bem. Como tal, houve de imediato uma empatia nos diálogos e conversas que tivemos e não foi necessário muito para que a adolescente se motivasse e pusesse em prática o que lhe foi sugerido, facilitando deste modo o processo. A base de cada conversa era tentar dar a conhecer à jovem outras perspetivas para a mesma situação, o que posteriormente levava a adolescente a pensar noutros aspectos, que antes eram negligenciados.	A reestruturação cognitiva é uma técnica utilizada quando existem crenças negativas que afetam os comportamentos e pensamentos dos paciente. Como se revelou ser este o caso, não houve criatividade por parte do psicólogo em escolher a técnica. No entanto, tem de haver alguma criatividade no modo como se desenvolve a técnica e como a adaptamos ao problema dos pacientes. Nesse sentido, e uma vez que teve resultados imediatos, o modo de atuação parece ter sido o adequado.
		Estratégias: Dança, ouvir	Sendo estas atividades que já fazem parte da rotina	Esta estratégia surge com o intuito de

		música que lhe transmitisse algum tipo de significado positivo, falar para o espelho.	diária da paciente, houve uma receção muito positiva e não foi necessária qualquer tipo de adaptação.	aproveitar os gostos e interesses da jovem e torná-los algo que lhe transmitam poder, confiança e autoestima.
		Estratégias de Relaxamento: Robot vs boneca de trapos	Mais uma vez estas técnicas foram bem recebidas pela adolescente, uma vez que a ansiedade e o medo eram algo que ela queria que desaparecessem. No entanto, foi uma técnica que não deu os resultados esperados, pois só poderia ser feita em casa, impedindo a adolescente de a utilizar em todas as situações em que ficasse nervosa.	A ideia de aplicar este tipo de técnicas surge devido à ansiedade e medo que a adolescente referia. A técnica resulta e foi bem recebida, mas não é flexível o suficiente para ser utilizada e ajudar a jovem no relaxamento sempre que ela necessita. Daí que os óculos positivos sejam o método preferido da paciente para tal objetivo.
	Nível Emocional	Óculos Positivos		
		Aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas – CPS, com problemáticas do dia-a-dia adolescente.	Ao início era notório o bloqueio que a adolescente tinha para resolver estes problemas, tentava dar as respostas politicamente aceites. Com o tempo e com algum incentivo para dizer o que lhe viesse à cabeça, começou a ser evidente o aumento na sua fluência quanto ao número de alternativas dadas pela jovem.	Na sequência da aplicação deste modelo, começaram a explorar-se assuntos relacionados com a vida da adolescente, para que mais tarde ela esteja à vontade para utilizar este método de resolução de problemas no seu dia-a-dia.
		Exploração de sentimentos com vernizes	A jovem aderiu bastante bem à tarefa, não só por gostar de vernizes como também por gostar de falar do que internamente a preocupa. Com esta atividade ficou a saber-se quais as mudanças que têm vindo a surgir no seu estado interno e o que ainda a preocupa.	A ideia surgiu através do facto de saber que a jovem gosta de arranjar as unhas e pintá-las, como tal, seria interessante e contribuir para um aumento da relação terapêutica se transformássemos a sessão num momento de estética e ao mesmo tempo falássemos dos sentimentos. Cada verniz tinha um sentimento associado, o que permitiu pintar cada unha com uma cor diferente e ter acesso a 7 sentimentos diferentes.
	Nível Social	Estratégias para lidar com a ansiedade perante a turma	O efeito destas estratégias foi muito positivo, ajudou a jovem a arriscar mais uma vez e a enfrentar um dos seus receios. Para além disso, a	Com o intuito de ajudar a jovem a ultrapassar a sua ansiedade nas apresentações dos trabalhos de grupo,

			paciente afirma que estas técnicas a ajudaram a ser mais sociável com os seus colegas dentro da sala de aula, de quem se tentava isolar. Tornou-se deste modo mais participativa e atenta ao que realmente importa.	desenvolvemos alguns possíveis truques.
	Nível Moral	Aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas – CPS, com dilemas morais.	Tendo em conta que esta actividade não foi a primeira em que se utilizou o modelo CPS, começam a existir alguns progressos, a fluência com que a jovem pensa nas alternativas é maior e resolve os problemas com mais facilidade e rapidez.	Através da flexibilidade do Modelo de Resolução Criativa de Problemas, podemos aplicá-lo a vários tipos de estratégias, seja com problemas do dia-a-dia, morais, etc.
		Discussão sobre problemas éticos e morais	Foi um pouco difícil introduzir esta actividade, uma vez que a adolescente ainda não se interessa por assuntos da atualidade que sejam controversos. Contudo, inicialmente é capaz de falar de alguns temas mais gerais, como o racismo e aplicá-lo aos modelos que tem no dia-a-dia.	Este tipo de discussões, abre horizontes para que pontos de vista possam ser alterados e flexibiliza opiniões e pensamentos. Será uma boa atividade para desenvolver a capacidade intelectual da adolescente e para que de modo mais eficaz e criativo consiga resolver os seus problemas.

Categorias de avaliação de um programa de desenvolvimento emocional baseado no modelo teórico CPS – Paciente 2

	Categorias	Actividades Desenvolvidas	Descrição da reacção da jovem	Acção do Psicólogo
Caracterização das estratégias utilizadas na terapia	Nível Cognitivo	Aplicação da Bateria do Torrence (avaliação)	A criança aderiu bem às tarefas propostas, uma vez que esta prova exige a realização de desenhos, actividade que a paciente adora fazer.	Procedeu-se a este tipo de avaliação para que mais tarde se pudesse comparar o grau de criatividade da criança com o seu nível cognitivo.
		Aplicação da WISC-III (avaliação)	Perfeita aceitação por parte da criança, mostrou-se entusiasmada com todos os jogos e queria sempre saber se estava a ter um bom desempenho.	Procedeu a este tipo de avaliação para que mais tarde pudesse comparar o nível cognitivo da criança com o seu grau de criatividade.
		Aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas – CPS	A aplicação deste modelo foi realizada através de jogos faz-de-conta com animais, bonecas e histórias por completar. Como o conceito da resolução de problemas foi introduzido no meio de inúmeras actividades lúdicas, a criança aderiu favoravelmente. Deste modo, este modelo vai ser introduzido e trabalhado de modo indireto, sempre a partir da brincadeira.	A aplicação deste modelo relativamente à resolução criativa de problemas focaliza, neste caso, a superação dos medos. Esta metodologia foi escolhida de modo a desenvolver na adolescente maior flexibilidade no seu pensamento, percepção e processamento de informação.
		Óculos Positivos	Esta estratégia foi introduzida como forma de combater alguns medos que a Rafaela ainda apresenta, embora sejam normais para a sua idade. A adesão foi total, uma vez que foram utilizados acessórios, como óculos de sol coloridos e imagens de fantasmas assustadores e fantasmas simpáticos. Depois foi explicado à Rafaela o objetivo de utilizar este tipo de óculos. A paciente demonstrou compreender bem a actividade, no	A aplicação desta ideia deve-se à boa receção que a paciente do outro caso (Bárbara) teve relativamente a esta técnica. Portanto, com algumas adaptações à idade desta paciente e associação a algum tipo de brincadeira, é favorável que se introduza também neste caso este

			jogo de mimica que realizámos posteriormente.	tipo de estratégia. Há assim o aproveitamento da noção de fantasia ainda presente na percepção da criança e torna-se importante aproveitar isso para realizar algo divertido e criativo com ela.
	Nível Motivacional	Progressos que foram sendo alcançados	A capacidade da criança em enfrentar os seus medos com ajuda das sessões semanais, das metas delineadas e dos incentivos da mãe, promoveu o aumento da confiança da criança e incentivou-a a experimentar de novo sensações que já não vivia à muito tempo (e.g. entrar no seu quarto e estar rodeada das suas coisas). As mudanças que foi alcançando motivaram-na e fizeram com que aparecesse mais contente nas sessões, sentindo-se muito entusiasmada por poder contar todos os progressos.	O facto de terem sido trabalhados os objetivos iniciais trazidos à sessão pela mãe, levou a que a criança conseguisse voltar às suas antigas rotinas e se sentisse mais confiante. Indiretamente, o papel do psicólogo ajudou a aumentar a auto-gestão das emoções da Rafaela. É uma grande vantagem, pois quanto mais confiança tiver em si própria, mais progressos terá.
	Nível Emocional	Óculos Positivos		A mesma actividade descrita anteriormente a nível cognitivo pode também ter benefícios para a criança a nível emocional, uma vez que esta pode aprender a lidar melhor com as emoções negativas (e.g. revolta, medo pela morte do pai e saudades) e transformá-las em emoções positivas.
		Aplicação do Modelo de Resolução Criativa de Problemas – CPS	Mais uma vez este modelo foi introduzido em sessão, desta vez através de imagens de bonecos que representavam diferentes tipos de sentimentos. O que foi pedido à criança era que ela criasse uma pequena história em que os	A versatilidade deste modelo permite que este possa ser aplicado para trabalhar não só a cognição, mas também o processamento e percepção que

			sentimentos negativos dos bonecos passassem para positivos. Os estímulos que foram apresentados eram conhecidos da criança, o que fez com que ela se empenhasse na tarefa que acabou por ser fácil para ela.	influenciarão o estado emocional das pessoas.
		Exploração de sentimentos com vernizes	Esta atividade foi introduzida como brincadeira faz-de-conta, uma vez que foi proposto que fingissemos que estávamos num salão de beleza, onde a psicóloga iria arranjar as unhas à paciente e ao mesmo tempo conversar. Deste modo a adesão foi muito boa e a criança conseguiu expor os seus sentimentos.	A ideia surgiu através do facto de saber que a criança é vaidosa, como a maioria das meninas da sua idade. Por isso, seria interessante e contribuiria para um aumento da relação terapêutica se transformássemos a sessão num momento de estética e ao mesmo tempo falássemos dos sentimentos. Cada verniz tinha um sentimento associado, o que permitiu pintar cada unha com uma cor diferente e ter acesso a 7 sentimentos diferentes. Tendo em conta que a Rafaela tem 7 anos, esta estratégia pode ajudar a conhecer pensamentos e sensações que se fossem questionados diretamente não seria possível ter acesso.
		Desenvolvimento de uma maior autonomia na criança	Uma vez que desde a morte do pai, a Rafaela ainda se encontrava muito apegada à mãe, foram criados alguns desafios e histórias que desafiaram a criança a entrar na brincadeira e cumprir alguns objetivos. Através da externalização do problema com histórias infantis e da exposição gradual às situações que lhe provocavam medo (e.g. o medo de estar no quarto e dormir sozinha), conseguiu-se	Neste caso, foi útil trabalhar a criação de alternativas para a resolução de problemas, assim como estratégias comportamentais de exposição gradual aos estímulos negativos. Esta junção resultou bem e conseguiu obter resultados

			que a criança ultrapassasse alguns bloqueios e voltasse às suas antigas rotinas (e.g. dormir no seu quarto e entrar e estar lá sozinha a brincar).	favoráveis à jovem.
	Nível Social	Eliminar os estímulos distrativos na sala de aula	Sendo um problema assinalado pelos professores a dificuldade que a criança tem em concentrar-se na sala de aula, foi desenvolvido uma pequena actividade de role-play, onde terapeuta e paciente tinham papéis definidos e faziam de conta que estavam na sala de aula. Promoveu-se o desenvolvimento de competências que permitissem à paciente contornar alguns elementos distratores na sala de aula.	Com o intuito de ajudar a criança a manter-se mais silenciosa e concentrada nas aulas, desenvolveu-se alguns possíveis truques.